

Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

Psicologia:

foco nas práticas em saúde mental

2



Atena
Editora
Ano 2023

Ezequiel Martins Ferreira
(Organizador)

Psicologia:

foco nas práticas em saúde mental

2



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

Profª Drª Ana Maria Aguiar Frias – Universidade de Évora
 Profª Drª 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
 Profª Drª Caroline Mari de Oliveira Galina – Universidade do Estado de Mato Grosso
 Prof. Dr. Crisóstomo Lima do Nascimento – Universidade Federal Fluminense
 Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
 Prof. Dr. Daniel Richard Sant’Ana – Universidade de Brasília
 Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia
 Profª Drª Dilma Antunes Silva – Universidade Federal de São Paulo
 Prof. Dr. Edvaldo Antunes de Farias – Universidade Estácio de Sá
 Prof. Dr. Elson Ferreira Costa – Universidade do Estado do Pará
 Prof. Dr. Eloi Martins Senhora – Universidade Federal de Roraima
 Profª Drª 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
 Profª Drª 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
 Profª Drª 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
 Profª Drª Kátia Farias Antero – Faculdade Maurício de Nassau
 Profª Drª Keyla Christina Almeida Portela – Instituto Federal do Paraná
 Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
 Profª Drª 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
 Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
 Profª Drª Marianne Sousa Barbosa – Universidade Federal de Campina Grande
 Profª Drª Marcela Mary José da Silva – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
 Prof. Dr. Marcelo Pereira da Silva – Pontifícia Universidade Católica de Campinas
 Profª Drª Maria Luzia da Silva Santana – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
 Prof. Dr. Miguel Rodrigues Netto – Universidade do Estado de Mato Grosso
 Prof. Dr. Pedro Henrique Máximo Pereira – Universidade Estadual de Goiás
 Prof. Dr. Pablo Ricardo de Lima Falcão – Universidade de Pernambuco
 Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Profª Drª Rita de Cássia da Silva Oliveira – Universidade Estadual de Ponta Grossa
 Prof. Dr. Rui Maia Diamantino – Universidade Salvador
 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 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
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 2 / 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 978-65-258-1796-5 DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.965230910</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 dezenove 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
ANÁLISE DOS IMPACTOS DE UMA QUARENTENA NA EXPRESSÃO DAS NEUROSES DO SUJEITO PÓS-MODERNO	
Aline Ribeiro Martinez Isabella da Rocha Cruz	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.9652309101	
CAPÍTULO 2	17
ASPECTOS AFETIVOS E SOCIAIS DE MÃES EM VULNERABILIDADE SOCIAL: UM RECORTE A PARTIR DA PSICOLOGIA SOCIAL	
Camila Vaz Abeche Miria Benincasa	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.9652309102	
CAPÍTULO 3	32
A MATERNIDADE NÃO É UM CONTO DE FADAS - DEPRESSÃO PÓS-PARTO E O LUGAR DO AFETO NA PSICOTIZAÇÃO	
Geisa Barroso de Oliveira Gilda Silva Santos Mino Correia Rios	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.9652309103	
CAPÍTULO 4	49
A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL NAS APAES DA REGIÃO DO PLANALTO CATARINENSE DURANTE A PANDEMIA	
Eudemir Luis Karpinski Gabriel Lopes Rosa Feigel	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.9652309104	
CAPÍTULO 5	70
AS SEQUELAS DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DO ADULTO	
Nelita Aparecida Da Costa Amarante Priscila Schneider	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.9652309105	
CAPÍTULO 6	89
A ESSENCIALIDADE DOS SERVIÇOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UM MUNICÍPIO DO OESTE DA BAHIA	
Edivanete Cavalcante dos Santos Alcebíades Carlos André Nogueira Oliveira	
 https://doi.org/10.22533/at.ed.9652309106	
CAPÍTULO 7	124
BIÓÉTICA E SAÚDE MENTAL INDÍGENA: INTERCULTURALIDADE OU INTEGRACIONISMO?	
Angélica Cruz De Morais	

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9652309107>

CAPÍTULO 8 137

CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA PROCRASTINAÇÃO: POR QUE PREJUDICAMOS O NOSSO EU FUTURO?

Ludimila Monjardim Casagrande

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9652309108>

CAPÍTULO 9 148

CONSTITUIÇÃO E EMERGÊNCIA DO BOLSONARISMO NO BRASIL: DO COLONIALISMO À ATUALIDADE

Bruna Nubile Maynard Lemos

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.9652309109>

CAPÍTULO 10..... 158

DEFICIT NA VIA NEUROLÓGICA MAGNOCELULAR E ESTRESSE VISUAL (SÍNDROME DE IRLÉN): DIRECIONAMENTOS PARA INCLUSÃO ASSERTIVA


Sandra Regina Barbosa

Barbara Assis Silva Barbosa

Kezia Graziela de Queiroz

Flavia Varriol de Freitas

Edicléa Mascarenhas Fernandes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96523091010>

CAPÍTULO 11 171

DIFICULDADES ENCONTRADAS POR PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

Felipe Becker Teixeira

Felipe Ribeiro Raiman

João Carlos Corrêa

Maria Rita de Araújo Cardoso

Jaqueline Conceição

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96523091011>


CAPÍTULO 12..... 186

EXPRESSÕES DO SOFRIMENTO ÉTICO-POLÍTICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BAIRRO DA LUZ

Julia Stein

Isabela Dias M. de Araújo

Adriana Rodrigues Domingues

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96523091012>

CAPÍTULO 13..... 197

INTERAÇÃO DAS DINÂMICAS PSÍQUICAS E VIRTUAIS

Nilda Maria Ribeiro


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96523091013>

CAPÍTULO 14.....206

LITERATURA E PSICOLOGIA: UMA ANÁLISE PSICOLÓGICA DE SIMÃO BACAMARTE NA OBRA O ALIENISTA DE MACHADO DE ASSIS À LUZ DA PSICOLOGIA DA MOTIVAÇÃO DE PAUL DIEL

Gustavo Sampaio Montes

Priscila Xavier de Araújo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96523091014>

CAPÍTULO 15..... 216


MEDIAÇÕES DO PSICÓLOGO COM A CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: À LUZ DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

Caroline Andrea Pottker

Gustavo Dutra Zani Da Silva Souza

Marceli Gonçalves Teixeira Correa


Nathan Da Silveira Bertancelo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96523091015>

CAPÍTULO 16.....226

MULHERES NA LINHA DE FRENTE DA COVID-19: IMPACTOS À SAÚDE MENTAL E SUBJETIVIDADE

Beatriz Rezende Dias


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96523091016>

CAPÍTULO 17.....238

O USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA SOCIEDADE

Paula Carolina Koppe

Bruno Jardim Mäder

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96523091017>

CAPÍTULO 18.....258

PSICOLOGIA E DIREITOS HUMANOS: INVESTIGAÇÃO DAS AÇÕES, PROGRAMAS E PROJETOS NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

José Tadeu Acuna

Luciane Danielle Leone


Maria Carolina Martinez

Paula Braga Borges

Renata Ricci Garcia

Tainá Sisto Soncino de Lacerda Soares

Vinícius Costa Nalla

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96523091018>

CAPÍTULO 19..... 271


TRIAGEM NA CEPSE: IDENTIFICANDO HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Maria Eduarda Queiroz Rossi

Heloísa Muneron Volpi

Letícia Christ Haefliger

Rodrigo Santos Barcelos de Souza
Sedines Ferreira
Luciana Ferreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.96523091019>

SOBRE O ORGANIZADOR.....	284
ÍNDICE REMISSIVO.....	285

ANÁLISE DOS IMPACTOS DE UMA QUARENTENA NA EXPRESSÃO DAS NEUROSES DO SUJEITO PÓS-MODERNO

Data de submissão: 08/09/2023

Data de aceite: 02/10/2023

Aline Ribeiro Martinez

Universidade Estadual de Maringá
Maringá - Paraná
<https://lattes.cnpq.br/6065252070118010>

Isabella da Rocha Cruz

Universidade Estadual de Maringá
Maringá – Paraná
<http://lattes.cnpq.br/1931504211717378>

RESUMO: O presente trabalho discute a influência do isolamento social como medida de combate à disseminação do vírus da Covid-19, os impactos deste no sujeito pós-moderno e na expressão de neuroses como resultado do conflito entre a necessidade de vínculos e os impasses trazidos pela pandemia da Covid-19. Para entender como alguns elementos neuróticos têm aparecido, traçou-se uma cronologia do conceito de neurose partindo de Freud, que credita o estabelecimento desta ao conflito entre um impulso sexual e uma moral imposta socialmente. O superego sustenta-se, portanto, ao chegar às novas propostas psicanalistas que consideram cada vez mais a nova estruturação do sujeito ao longo do tempo, estabelecendo relações entre o contexto

social-econômico-moral e as formas pelas quais estas se apresentam. Como aporte teórico, explorou-se o conceito de modernidade-líquida, de Zygmunt Bauman e as características do indivíduo nascido nesta conjuntura e que tendem a torná-lo suscetível às neuroses. A pesquisa objetiva estabelecer relações entre o sujeito pós-moderno e a presença de comportamentos e pensamentos neurótico-obsessivos em um contexto no qual o distanciamento social faz-se necessário; em específico, procurou-se qualificar comportamentos neuróticos em suas variações recorrentes antes e durante a pandemia, compreendendo seus mecanismos de ação e apontando a hipótese, a ser verificada, de que o isolamento social aumentaria a expressão de elementos obsessivo-compulsivos. Nesta investigação bibliográfica, realizou-se levantamento nas bases de dados da SCIELO, PEPSIC e Google Acadêmico, considerando os descritores: Modernidade líquida; Obsessão; Compulsão; Covid-19; Isolamento Social e outros relevantes. Nessa perspectiva, admitiu-se válida e provável tal proposição, pois pressupõe-se que restringir o contato social elimina possibilidades de o indivíduo evitar o confronto com suas alteridades, limitando

alternativas de fuga, expondo-o às neuroses resultantes da ausência de intimidade consigo mesmo. Justifica-se esta pesquisa por ela apontar o diferencial que o isolamento proporciona na análise do sujeito e no funcionamento das obsessões.

PALAVRAS-CHAVE: Neurose obsessiva. Comportamentos neuróticos. Isolamento Social. Modernidade Líquida. Covid-19.

1 | INTRODUÇÃO

Dentro da psicanálise, as neuroses foram e, ainda, são uma das categorias de afecções psicogênicas mais proeminentes quanto a estudos e descrições sintomáticas. Freud dedicou muito de seu tempo ao estudo destas, por ver, no método psicanalítico, um tratamento que poderia eliminar os sintomas na medida em que o paciente entrasse em contato com o conflito gerador do padecimento, resolvendo assim o embate entre as forças em oposição (ALVES; GAMA, 2021). Para ele, ideias aversivas ao Ego seriam reprimidas por esta instância de volta ao inconsciente e o *quantum* de energia psíquica destas seria empregado em outras cadeias de ideias que pode desembocar em duas vias, a saber, uma somática, da qual resultam os sintomas somáticos dos histéricos e, outra, psíquica, na qual outra ideia será investida desta energia deslocada e se apresentará na forma de obsessão (TEIXEIRA, 2007).

Em *“Atos obsessivos e práticas religiosas”*, Freud (2015, p. 209, acréscimo nosso) descreve os atos obsessivos como um “cerimonial neurótico [que] consiste em pequenos acréscimos, restrições, medidas, arranjos, que são realizados em certas ações cotidianas de forma sempre igual ou com variações metódicas” que provocam sofrimento, caso não cumpridas pelo sujeito, já que os mesmos têm função de conter a ansiedade causada por um intenso sentimento de que algo ruim se passará. Suas primeiras proposições quanto às neuroses de caráter obsessivo também determinam a existência de mecanismos de proibições associados aos de obsessões, que representam uma medida protetiva contra a aproximação dos impulsos considerados aversivos.

Dentro das propostas freudianas, a teoria do recalque, que ocasiona a obsessão, está associada a moral da sociedade, uma vez que as “regras morais” difundidas nesta servem de base para o estabelecimento da delimitação daquilo que o Eu entende como aceitável e do que não pode ser admitido e, portanto, deve ser recalcado. Partindo desta perspectiva, quanto mais rígidos os preceitos que se esperem atingir, maior a probabilidade do aparecimento de neuroses e psicoses.

Ocasionalmente, um doente dos nervos chama ele próprio a atenção do médico para o antagonismo entre constituição e exigência cultural a ser observado na causação do seu mal, ao dizer: “Em nossa família nos tornamos todos nervosos, pois queremos ser mais do que o que podemos ser pela nossa origem” (FREUD, 2015, p. 252).

Assim, pode-se esperar que quanto maior a incidência de repressões socialmente

determinadas mais comumente veremos sintomas neuróticos naqueles que a compõem, já que “[...] é a partir da coisa social que os indivíduos se organizam como sujeitos, na produção de seus sintomas [...]” (ALVES; GAMA, 2021, p. 8), teoria professada tanto numa perspectiva psicológica-psicanalítica por autores como Freud e Lacan quanto numa sociológica, na qual destacamos Bauman com seu conceito de liquidez que caracteriza o sujeito pós-moderno.

O estudo teve como meta final estabelecer relações entre o sujeito dos dias atuais e a presença de comportamentos/pensamentos obsessivos - sem necessariamente compor um quadro neurótico ou de transtorno obsessivo compulsivo - em um contexto pandêmico. Para atingir essa meta, foram estabelecidos outros objetivos específicos, dentre eles, caracterizar a neurose obsessiva e compulsões a partir de um enfoque psicanalítico; conceituar a modernidade líquida a partir de Bauman; indicar os possíveis efeitos da pandemia da Covid-19 sobre a individualidade do sujeito moderno; relacionar a pós-modernidade com comportamentos e pensamentos neuróticos/compulsivos; iniciar discussões acerca das neuroses no pós-pandemia propondo medidas que ajudem os indivíduos no retorno ao estado “normal” da sociedade.

O estudo estabeleceu como problemática a seguinte questão: considerando as características do sujeito pós-moderno no entendimento de Bauman, inserido num capitalismo selvagem que estimula a competição, a multifacetação da identidade pessoal e que por vezes desconsidera o sofrimento psíquico causado por esta realidade, procura-se fazer uma relação deste modelo de vida com os estudos sobre neuroses e, em especial, sobre a neurose obsessiva. Dessa forma, propôs-se a seguinte questão: o isolamento social, necessário para o combate ao vírus Covid-19, tem acentuado ou provocado expressivas obsessões e compulsões durante a quarentena?

O estudo se justifica em função de, apesar de existirem pesquisas que versem sobre a relação entre o sujeito líquido ou pós-moderno e a ordinarização de neuroses, estes se concentram na relação do indivíduo inserido no modelo capitalista e da fragilidade das relações interpessoais e dos impactos das últimas na saúde psíquica. Espera-se, com os dados a serem obtidos no decorrer da pesquisa, validar a hipótese de que o contexto atual de isolamento proporciona um diferencial para a análise do sujeito e o funcionamento das obsessões, pois pressupõe-se que a restrição do contato social elimina possibilidades do indivíduo evitar o confronto consigo, limitando as alternativas de fuga e, conseqüentemente, ficando mais exposto às neuroses resultantes da ausência de intimidade com si mesmo. Desta forma, conjectura-se um aumento no total de indivíduos que apresentam sintomas obsessivos ou na intensidade dos mesmos.

Quanto ao método para esse estudo, de natureza exploratório-bibliográfica, foi realizado um levantamento em artigos e formulários relacionados à pós-modernidade e a relação das neuroses de obsessão compulsiva, procurando compreender o indivíduo em seu contexto histórico de liquidez, imerso na pandemia da Covid-19, usando-se de uma

perspectiva psicológica psicanalítica.

Para identificação e acesso aos materiais, foi feito um levantamento nas bases de dados da SCIELO - Scientific Electronic Library Online; Portal de Pesquisa BVS – Biblioteca Virtual em Saúde, PEPSIC - Periódicos Eletrônicos de Psicologia e Google Acadêmico, considerando os descritores em língua portuguesa: pós-modernidade, modernidade líquida, obsessões, neuroses, psicologia psicanalítica, entre outros que se consideraram necessários.

A seguir serão apresentadas as principais características da pós-modernidade e do sujeito que nela vive, bem como uma descrição e contextualização do conceito de neurose obsessiva para entrelaçar, por meio de uma discussão transversal, quanto aos temas.

2 | A MODERNIDADE LÍQUIDA E NEUROSE OBSESSIVA

2.1 A MODERNIDADE LÍQUIDA E O INDIVÍDUO PÓS-MODERNO

O conceito de modernidade diz respeito a um período de tempo caracterizado pela realidade social, cultural e econômica do mundo, demarcada pelo início da revolução francesa, com o iluminismo e também pela revolução industrial. Diante das mudanças trazidas pela nova forma de se pensar o mundo, se entendeu como necessário a distinção de um período histórico inédito marcado pelas novas regras sociais, novas economias de produção, e o capitalismo de mercado, com classes sociais como a principal forma de divisão social.

Quero deixar claro desde o início que chamo de “modernidade” um período histórico que começou na Europa Ocidental no século XVII como uma série de transformações sócio-estruturais e intelectuais profundas e atingiu sua maturidade primeiramente como projeto cultural, com o avanço do Iluminismo e depois como forma de vida socialmente consumada, com o desenvolvimento da sociedade industrial (capitalista e, mais tarde, também a comunista).(BAUMAN, 1999, p. 299-300)

A partir disso, em sua genialidade, Bauman ao desenvolver o conceito de modernidade líquida (2001) em seu livro que leva o mesmo nome, dilacera a modernidade e separa a solidez e a liquidez em duas fases distintas: modernidade e pós-modernidade, que se torna modernidade líquida ao se relacionar com a existência contemporânea. A primeira era sendo “sólida”: um período em que há acúmulo de capitais devido à revolução francesa em meio ao liberalismo e ideias iluministas, assim como o capitalismo a partir da revolução industrial. Essa fase é caracterizada como sólida, pois os meios de dependência e interação, se quebrados, são imediatamente substituídos por outros tão firmes quanto os primeiros. A individualidade e o pensamento per si, quando existiam, eram suprimidos em virtude da coletividade e da unificação dos desiguais enquanto sociedade cultural estabelecida. (BAUMAN, 2001).

A segunda sendo “líquida”: demarcada pela publicação do manifesto do partido comunista que acompanha até a contemporaneidade na globalização e avanços tecnológicos. A partir do século XX há uma liquefação dos sistemas de modo geral: antes sólidos, fixos normatizados; passam a ser mais fluidos, líquidos e dinâmicos. A disposição do público é diferenciada, ocorrendo uma anorexia pela reforma social, do interesse ao que diz respeito ao outro e pela boa sociedade, a decadência da popularidade do engajamento político ou o aumento dos sentimentos de paixões e do “Eu primeiro”. (BAUMAN, 2001). Essa decadência de ideais se desmorona nas formas de viver que evitam limitar ou adiar quaisquer satisfações em proveito de realizações culturais ou do bem-estar das próximas gerações. Sólidos são liquefeitos, padrões de dependência e interação se tornam moldáveis de forma jamais pensada antes por outras gerações, levando a conclusão de Bauman (2001, p. 30) de que “O capitalismo moderno derreteu os sólidos” (ALVES; GAMA, 2021; CALDAS, 2021)

Sociedades sólidas pretéritas ao séc. XX, cuja direção era modernidade, após a consolidação do capitalismo, e cuja mudança de estado da solidez para liquidez atual se daria na liquefação das “lealdades tradicionais, dos direitos costumeiros e das obrigações que atavam pés e mãos” (BAUMAN, 2001, p. 10).

Assim, nesse processo do apagamento do eu na sociedade líquida, algumas instituições sociais faliram e outras se modificaram, tomando para si a qualidade de líquida, transformando a sociedade sólida-moderna para líquido-moderna. É um período em que a ordem, a razão, a falta de liberdade e a pressão se tornam “normalizados”. As formas de prazer se multiplicaram e seu valor simbólico para o sujeito se estilhaçou, de acordo com (ALVES; GAMA, 2021; JACOBSON, 2021)

O conceito de liquidez, mencionado acima, foi então criado por Bauman (2001, p. 8) para nomear a dinâmica das relações humanas, focando nas transformações que afetam o homem relativas às políticas gerais que determinam a vida. Esse também remete a uma configuração social fluida, sem modelos, sem restrições e de muitas ofertas visto que o “líquidos não mantêm suas formas com facilidade, não se fixam no espaço e nem prendem o tempo” . Essa conceituação consegue superar o conceito de pós-modernismo pois se apoia no mundo contemporâneo: na realidade a qual a vida dá mais importância ao que é transitório do que ao permanente, o imediato ao longo prazo; e valorizando mais a utilidade do que qualquer outro valor. O conceito de identidade, individual e individualidade tem se tornado sem sentido. (PALESE, 2021)

Por estarmos vivendo intrinsecamente com o capitalismo, nos tornamos uma sociedade de consumo que afetou nossos meios de interação. Nessa realidade contemporânea buscamos inconscientemente a convergência entre identidade e consumo, de forma a aliviar nossas ansiedades, porém, é entre o consumo e o “poder possuir” que se diferencia a população; a habilidade de um indivíduo em consumir determina a sua

própria integração social, de tal forma a cair a responsabilidade individual. O consumismo é uma forma de medir o quanto uma pessoa (em uma sociedade líquida) é capaz de se individualizar. Desta forma, o indivíduo líquido se torna um múnado isolado sempre buscando novas formas de socialização, que ao invés de prover segurança e bem-estar, aumenta ainda mais a lacuna entre homem e o “Self” e entre o homem e o outro, como em redes sociais em que há grande socialização. (CALDAS, 2021; PALESE, 2021)

A necessidade de inclusão nada mais é que o legado de abandono do autêntico senso de pertencer. A singularidade e a individualidade do indivíduo são substituídas pela fluidez da necessidade de um grupo. (PALESE, 2021) É uma dimensão impregnada com uma ilusória segurança de livre arbítrio e de escolhas ideais que é na verdade declarada pelas massas. O homem moderno direciona sua energia psíquica/vital em coisas externas; de acordo com Fois-Braga e Brusadin (2021), são nossos temores existenciais que se tornam fruto da busca por segurança.

Para esse sujeito moderno, sua segurança pressupõe flexibilidade - a compressão do tempo é uma fonte de liberdade e segurança. Porém como consequência, a decomposição e o desmembramento de laços humanos são inevitáveis devido às circunstâncias. Estes que foram ressignificados – laços e parcerias tendem a ser tratados como objetos de consumo, sendo sujeitos aos mesmos critérios de avaliação como qualquer outro objeto de consumo, buscando a gratificação instantânea. A vida do consumidor é uma sequência de momentos gratificantes. Somos atraídos por objetos de desejo e admiração contanto que continuem não testados; nossa sociedade de consumo impossibilita o contentamento absoluto ao nos ‘ensopar’ de possibilidades. Ao reduzir a incerteza dos fins ao observar exemplos transforma o consumo em vício. Isso destrói a possibilidade de qualquer satisfação. (CALDAS, 2021)

Ao adaptarmos esse comportamento aos relacionamentos, e ao concebermos este como uma aquisição no mercado, sua continuidade torna-se condicionada apenas pelo teste de satisfação. Tenta-se ativamente contribuir ao seu mantimento, com sacrifícios se necessário, faz tanto sentido quanto se esforçar para gostar de um produto que não vive a alguma expectativa. Em um relacionamento decepcionante, como no caso de um produto decepcionante, a resposta natural, quando possível, é trocar por outra coisa. Consequentemente, a precariedade das relações tende a se tornar em uma auto suficiente profecia. Uma realidade desprovida de significado estável e confiável tem como reação “racional” de procurar gratificação enquanto evita consequências e responsabilidades. Há uma perda de significado de comprometimento pessoal por estarmos expostos a riscos, fazendo com que metas a longo prazo deixem de ser atraentes. (CALDAS, 2021)

Incessantemente buscamos a tentativa de firmar um controle que gera segurança em nossas personalidades, pois existimos em uma realidade que peca em seus pontos de referência. A construção de identidade tende a ser reformulada em uma agonia eterna de indecisão, por sermos expostos a tantas possibilidades, não deixando de ser um processo social, mudando apenas os mecanismos do mesmo. A dúvida pelos meios significa uma

incerteza dos fins. (CALDAS, 2021).

Com cada vez menos poder devido às pressões da competição de mercado que solapam as solidariedades dos fracos, passa a ser tarefa do indivíduo procurar, encontrar e praticar soluções individuais para os problemas socialmente produzidos, assim como tentar tudo isso por meio de ações individuais, solitárias, estando munido de ferramentas e recursos flagrantemente inadequados para essa tarefa. (BAUMAN, 2007, p. 20)

Diversas áreas humanas foram precarizadas: relacionamentos que são facilmente desfeitos por um baixo custo, sistemas precários e instáveis, e obviamente nossos meios de consumo. Tanto é exato e são influenciados o pensar e o comportamento na modernidade líquida que podemos notar uma desvalorização por processos manuais delicadamente criados por artesãos. Em um mundo que busca por agilidade de entrega, grandes quantidades do mesmo item e variedade de opções pelo preço mais baixo possível (e não possível), temos como resultado a falta de valor em criações e construções manuais. Nada tem que durar ou tem qualquer significado sentimental, mesmo que feito propositalmente por mãos humanas ou também por alguém querido. Não temos mais heranças de habilidade (ou tempo) passada por gerações para desenvolver nosso potencial criativo. A sociedade industrial destruiu qualquer forma que tínhamos de valorizar itens de utilidade.

Buscamos cada vez mais a produção rápida, mais barata (ou de baixo custo emocional/físico) sem nos contentarmos com o útil - temos tantas opções que estamos sempre insatisfeitos. Isso se aplica a diversas áreas da vida humana moderna, como, por exemplo, relacionamentos, produtos, responsabilidades e compromissos. Temos como consequência da modernidade líquida a habilidade de nos tornar experts na arte da evasão, pois estamos continuamente expostos à possibilidade de “ir embora”, do descarte. (CALDAS, 2021).

2.2 A NEUROSE OBSESSIVA

2.2.1 DEFINIÇÃO E DESCRIÇÃO

Antes de discutir propriamente a neurose obsessiva, julgou-se necessário salientar a diferença entre esta e o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Enquanto o último representa um diagnóstico psiquiátrico de disfunção usado para designar indivíduos que apresentam obsessões, compulsões ou ambas, que tomam o seu tempo, produzem sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo nas diversas áreas da vida do sujeito (DSM-5, 2014).

Por outro lado, aquele se refere a um modo pelo qual o psiquismo pode funcionar, sem incorrer necessariamente em distúrbios, e que se manifesta clinicamente “através de ritos conjuratórios de tipo religioso, sintomas obsedantes e uma ruminação mental permanente, na qual intervêm dúvidas e escrúpulos que inibem o pensamento e a ação.”

(ROUDINESCO, 1998, p.552) Assim, enquanto o TOC indica funcionamento neurótico obsessivo exacerbado, o oposto não será sempre válido.

Após tal esclarecimento podemos voltar nosso olhar para as derivações puramente psicanalíticas quanto ao tema. É sabido, e Alves e Gama (2021) reafirmam, que Freud indica três modos pelos quais o psiquismo tende a funcionar, a saber neurose, psicose e perversão. Os principais exemplos de neurose, apontados por Costa e Ferreira (2019), são a histeria e a neurose obsessiva, sendo que a origem de ambas está no recalque de pulsões instintivas. As autoras também evidenciam que enquanto no primeiro caso a manifestação de sintomas se dá essencialmente no corpo pela conversão, no segundo temos as pulsões originando sintomas inscritos no pensamento na forma de “desejos, tentações, impulsos, reflexões, dúvidas, ordens ou proibições” (FREUD, 1909, apud SURRADOR, 2017 p.140)

Somado a isto, tem-se nos casos mais severos o aparecimento de compulsões enquanto satisfação substitutiva ou indireta do ego, tornando o indivíduo obrigado a realizar atos aos quais ele tenta, sem sucesso, resistir. Gondar (2001), ao falar sobre a compulsão, declara-a como uma patologia do ato, ao passo que Costa e Ferreira (2019, p.256) dão enfoque a esta enquanto sintoma associado, ou seja “[...] os sintomas na neurose obsessiva estão, por excelência, vinculados ao pensamento, mas com incidência somática.” Sendo que as compulsões mais comuns são as de contagem, limpeza/contaminação e verificação. (CUNHA, 2020)

2.2.2 RETOMADA HISTÓRICA E FUNCIONAMENTO NEURÓTICO OBSESSIVO

Em meados dos anos 1860, a obsessão tem suas primeiras aparições. Associada a manifestações de loucura e vinculada a ordem das psicoses, esta doença psiquiátrica apresentou inúmeras descrições de comportamentos e pensamentos, porém ainda era entendida enquanto disfunção de caráter emotivo. Posteriormente, Freud a desloca para a categoria das neurastenias, se referindo a ela como “neurose de coação” (do alemão *zwangsneurose*) e relacionando-a a fixação na etapa sádico-anal do psicodesenvolvimento (SURRADOR, 2017. FILIPPI; SADALA; LOURES, 2019).

Esta fixação, a qual Freud relaciona com traços de caráter como ordem e obstinação e ímpetos vingativos, surge “[...] como uma tentativa de anular o desejo através da interrupção do percurso de desenvolvimento psicosssexual” (COSTA; FERREIRA, 2019, p.256), interrupção esta que ocorre visando proteger-se de existência do desejo sexual considerado pelo sujeito moralmente questionável. Assim, a pulsão de ordem libidinal considerada imprópria pelo ego é então recalçada, tornando restritas às formas de satisfação do sujeito que passa a ter no sintoma sua principal forma de satisfação. (COSTA; FERREIRA, 2019; MEES, 1999; SURRADOR, 2017)

Com o desenvolvimento da segunda tópica psicanalítica, o funcionamento obsessivo é acrescido da explicação em função da oposição entre as instâncias psíquicas Ego e

Superego. De acordo com Cardoso (2000, p.28, acréscimo nosso) “o superego seria necessariamente uma instância interditora inconsciente e seria construída, ao menos num de seus aspectos, por meio de uma interiorização dessas [parentais e sociais] interdições.”

Além de instância moral, ao superego também é atribuída uma agressividade que aparece quando, na resolução do complexo de Édipo, pulsões de amor e ódio voltadas ao objeto se dividem e o ódio reprimido ao inconsciente passa a imperar no superego tornando-o, na neurose obsessiva, mais e mais tirânico, sádico e exigente. O superego, então, passa a agir com hostilidade frente ao ego, exigindo deste uma renúncia cada vez maior de suas pulsões que, quando não expulsas são reintrojadas no ego por meio de atos punitivos criando um mecanismo sadomasoquista que “assinala um triunfo na combinação de satisfação e proibição” (MEES, 1999, p.39) do qual o indivíduo não se vê capaz de sair. (CARDOSO, 2000; FARIAS & CARDOSO, 2015; SURRADOR, 2017)

2.2.3 MECANISMOS DE DEFESA E SINTOMATOLOGIA

O funcionamento obsessivo por vezes é identificado apenas quando comportamentos sintomáticos são observados; considerando a diferenciação sintomática posta por Costa e Ferreira (2019) anteriormente exposta, entende-se que os atos compulsivos são a máxima expressão da neurose obsessiva, uma vez que esses representam o “transbordamento” de pensamentos insistentes sobre o corpo.

O que acontece no caso das neuroses, é o fato de que o recalque falha, de modo que a energia excedente originada pelo trauma, que também podemos denominar de gozo inconsciente e doloroso, vence a força do recalque, colocando o sujeito a mercê de profundo sofrimento, de modo que se desenvolve a neurose como a forma do organismo se proteger [...] há basicamente três grupos de categorias pelas quais os processos de defesa se desenvolvem: a histeria, a obsessão e a fobia. Os três tipos de neurose têm como objetivo comum substituir um gozo inconsciente e perigoso por um sofrimento consciente e suportável [...] (MULLER, 2013, p.1)

Paiva (2018, p.3) explica que o pensamento deveria “resolver a contradição existente entre representações incompatíveis e a censura, ligando o afeto decorrente dos conteúdos recalcados a outras representações mais aceitáveis [...]”, porém, com a regressão ao estágio anal-sádico, ao invés do recalque tem-se a retirada de afeto desta representação que permanece consciente

Dessa forma, na neurose obsessiva, as ocorrências traumáticas e conflitantes não são esquecidas por meio do recalque, mas permanecem conscientes; contudo, ficam isoladas e destituídas de afeto, o que provoca a supressão das conexões associativas (PAIVA, 2018, p.8)

A neurose obsessiva tem sua etiologia remetida a vivências infantis de caráter sexual que, ao serem recalçadas no inconsciente têm suas cargas afetivas deslocadas, restando destas no consciente apenas a vergonha e a autoacusação. Entretanto, as

defesas atuantes nesta, ultrapassam aquelas presentes nos quadros histéricos, valendo-se de mecanismos de defesa atuando anexos ao recalque (PAIVA, 2018; SURRADOR, 2017). Conforme Scatolin (2013), a neurose obsessiva pode ser dividida em diferentes perspectivas a partir dos tipos e objetivos dos mecanismos dispostos na repressão das ideias ego disfóricas, sendo que uma engloba as representações obsessivas enquanto pensamentos que sobrepujam as defesas primárias, em especial o recalque que sabe-se ter apenas êxito parcial, causando sensações de desprazer, enquanto a outra, muito ligada as autoacusações e vergonha, exigem que o ego disponha de mecanismos de defesas secundários que agem protetivamente sob a forma de ações obsessivas.

Um dos mecanismos mais atuantes, sobretudo nos quadros neuróticos, é o isolamento que, conforme Kotzent (2017, p.15), consiste em “Isolar um pensamento do outro, um comportamento do outro e separar uma ideia de seu estado afetivo associado para evitar um turbilhão emocional.” Como dito anteriormente, na obsessão são isolados os sentimentos de suas respectivas memórias fazendo com que as últimas fiquem comprometidas a ponto de não mais terem força de ligação para gerar pensamentos conflituosos. (SURRADOR, 2017; FILIPPI; SADALA; LOURES, 2019) Assim, mesmo quando revista, esta memória não provoca reações no indivíduo, que age indiferente como se fosse outro qualquer o sujeito daquela memória.

Além disso, a energia antes empregada a estas memórias é deslocada à outras ideias que de alguma forma se assemelham a original, de maneira que há uma “substituição do elemento real – e importante- por um trivial” (FREUD, 1907 apud SURRADOR, 2017, p. 139), ou mesmo uma finalidade por outra melhor aceita socialmente. Freud (1907), no texto *Atos obsessivos e práticas religiosas*, aponta como esta substituição de caráter simbólico faz com que a importância dada a certas questões pareça exacerbada, tornando-as como que religiões individuais com ritos definidos e que devem ocorrer sempre a mesma maneira.

As formações reativas também fazem parte dos mecanismos a serem destacados no funcionamento obsessivo, e explicitam a ambivalência psíquica na qual, como tentativa de suprimir um impulso investe-se em seu oposto

Assim, devido à formação reativa que vem a recalcar o ódio no inconsciente, cria-se uma consciência especial dirigida contra os objetivos do instinto e é na formação reativa que encontramos a ambivalência do amor e do ódio na constituição psíquica deste neurótico. (SCATOLIN, 2013, p.115)

As últimas estão intimamente ligadas a outro tipo de defesa: a anulação. Segundo o vocabulário de psicanálise de Laplanche (2001) a anulação é a tentativa de “tornar não-feito ou não-acontecido” um ato ou pensamento, assim ela pode consistir em uma ação literalmente contrária a que se deseja anular ou de atitudes simbolicamente opostas que demonstram um traço de caráter que faz frente ao impulso que se pretende ocultar.

Estas medidas de proteção egóicas podem se tornar atos obsessivos que reforçam a defesa contra o retorno do conteúdo recalçado. (FILLIPI; SADALA; 364) Em relação

aos atos compulsivos, Freud (1907;1909 apud SURREADOR, 2019 p.139-141) afirma que estes têm finalidade de resguardar o indivíduo impedindo-o de cometer “crimes morais”; desta forma, o obsessivo cria rituais aparentemente sem sentido, mas que são expressões simbólicas de ideias inconscientes e ambíguas de satisfação e proibição das pulsões sexuais. Outrossim, é importante atentar para o papel que estes exercem no dispositivo psíquico. De acordo com Lowenkron (2009, p.137) “Os próprios sintomas podem evitar a desintegração [...] desempenhando, desse modo, uma função altamente útil em termos de homeostase psicológica”, na medida em que nesses, pulsões sádicas podem ser satisfeitas pela punição do ego “culpado”.

De origem inconsciente e difícil de controlar, esse constrangimento interno leva o ego a se colocar repetitivamente em situações que não fazem sentido para ele, pois a não realização dessas imposições compulsivas é fonte de intensa e crescente angústia. Portanto, encontramos o mundo interno do neurótico obsessivo às voltas com a irrupção de uma força pulsional excessiva, o sujeito procurando fazer frente a ela por meio da construção de um compulsivo aparato defensivo. (FARIAS; CARDOSO, 2015, p.119)

3 | DISCUSSÃO

Para entender como o indivíduo imerso na modernidade líquida responde a situações de retraimento social forçado - como a observada no contexto de quarentena requerido como forma de enfrentamento a disseminação do vírus da COVID-19, causador da pandemia “do coronavírus” entre os anos de 2020 e 2022, sua relação causal com o aumento e/ou intensificação de elementos neuróticos, iremos primeiramente apresentar aspectos sociológicos do isolamento.

Segundo Simmel (1950), por contraditório que possa parecer, o isolamento não foge ao estudo sociológico tendo em vista seus aspectos relacionais negativos enquanto não associação, ou positivos enquanto intenção de afastamento social – mesmo que neste momento a intenção de afastamento tenha ocorrido de forma impositiva por circunstâncias excepcionais. O sociólogo também vincula de maneira notável traços do isolamento em contraste ao conceito de liberdade, trazendo um ponto de vista sociológico no qual essa, entendida enquanto processo de desvinculação de exigências alheias a vontade individual, o abandonar de laços que possam vir a limitar o sujeito, passa a ser entendido de maneira subjetiva enquanto isolamento doloroso, visto que, conforme o citado autor, a habituação a vida comum, em associação a outros, pode ter suprimido a percepção dos atrativos da solidão.

A solidão – possibilidade de mesmo sozinho sentir-se bem, dada sua própria companhia – tão importante para a reflexão e construção de “verdades individuais”, perde seu valor na modernidade, que vê no estar só, meramente a agonia de ter apenas a própria companhia. De acordo com Costa (2021) é preciso retomar o “estar consigo” possibilitado

pela pluralidade da natureza humana conforme apresentado por Hannah Arendt (2002, apud COSTA, 2021, p.179) “O pensamento é um estar-só, mas não é solidão (loneliness); o estar só é a situação em que me faço companhia. A solidão ocorre quando estou sozinho, mas incapaz de dividir-me no dois-em-um, incapaz de fazer-me companhia [...]”. O movimento, de se recolher do convívio social ou para próximo de si mesmo, são anti-modernos. A combinação da desaceleração forçada a uma sociedade com características líquidas de desdém e despreparo para lidar com suas alteridades, promoveu epifanias e revelações nem sempre desejadas na relação consigo mesmo e com o outro.

Costa (2021) ainda aponta para o enfraquecimento do Eu na atualidade, que não se conforma com a própria companhia e, para fugir daquilo que ameaça sua frágil sensação de paz e conforto interior, mergulha na virtualidade das pseudo relações proporcionadas pelas redes sociais que possibilitam a ilusão de preenchimento, ou ainda, como posto por Fois-Braga e Brusadin (2020), fixa-se no objetos externos deslocando energia que de outra forma poderia ser usada no conhecimento de si próprio. Inserido em uma nova forma de viver, o sujeito moderno remete ao mundo virtual, visto a inaptidão em socializar no mundo real, suplantando a ausência humana com a tecnologia e a internet a partir de mídias sociais forçando uma falsa sensação de presença do mundo, no ambiente da casa ao ligar a tv, ao ouvir música, ao realizar ligações em vídeo, ou até mesmo atendo-se a pequenas obsessões que preenchem o tempo e agem como uma válvula de escape à introspecção. Ademais, a autora defende que, apesar de serem responsáveis por grandes avanços modernos, as mídias sociais agem como pão e circo moderno, afastando os indivíduos de si mesmos enquanto se engajam em discussões sem sentido e que não promovem reflexão tão necessária para que se aprenda a aceitar aquelas partes de si mais renegadas mas que estão na base da formação de diversos sintomas defensivos.

A pandemia da Covid-19 trouxe mudanças forçadas ao viver moderno, que representam em parte um embate às maneiras já cristalizadas mas também uma possibilidade de mudança fundamental e necessária para que se ressignifique a solidude reflexiva, fundamental e necessária. Cabe aqui o questionamento acertadamente posto por Fois-Braga e Brusadin (2020, p.49): “[...] como o consciente que somos evita acolher estas suas alteridades? Ao irmos em direção à alteridade externa que fazemos clamar por nossa presença, não estaríamos bloqueando nosso encontro com aquelas outras que nos habitam?”

Capturado na disputa entre o que está dentro e o que está fora, o sujeito impossibilitado de externar-se em direção ao mundo real, acaba por direcionar essa intensidade para seu corpo físico e sua casa, como forma de enfrentamento à reflexão forçada frente a solidão humana, porém, muitas vezes não obtém sucesso já que sem a devida orientação muitos dos problemas podem ser agravados ao invés de amenizados. Há que se entender que o sofrimento é intrínseco ao funcionamento da mente, tendo em conta a impossibilidade de satisfação plena do desejo quando confrontado pela realidade,

e representa parte fundamental das vivências humanas - tanto experienciadas no coletivo quanto no pessoal. A liquidez moderna amplia o espectro do sofrimento em maneiras jamais observadas antes, influenciando como este é percebido, expressado, reproduzido e gerenciado. O legado de emoções trazido pela globalização e pela individualização são as duas grandes causas de sofrimento do sujeito moderno que podem ser destacadas apesar destas também possibilitarem meios de ajuda inéditos – Ocorre um fenômeno, referido por Costa (2021) como um estoicismo extremo, de dessensibilização pela exposição constante de sofrimento e crueldade e um distanciamento criado pelas tecnologias modernas que nos isolam emocional e exponencialmente.

Esta dualidade característica do indivíduo líquido, que se apresenta pela ambivalência afetiva no sujeito obsessivo, é representada pela “raiva (de ser controlado) versus o medo (de ser condenado ou punido)” (MCWILLIAMS apud SURRADOR, 2017, p.137); pela necessidade de laços afetivos significativos, da própria natureza humana, em contraste com aversão à profundidade significativa e o esforço necessário para manter esses laços (já que tudo ao seu redor é passível de ser desfeito), bem como pelas próprias representações incompatíveis que, superando o recalque das defesas primárias, fazem frente ao ego provocando estranhamento quanto a pertença destas como parte de si próprio. Os mecanismos de defesa do obsessivo, como o isolamento e o deslocamento também podem ser vistos em maior escala no sujeito líquido quando, desviando do encontro com suas alteridades “[...] buscam uma aproximação com os outros; um acalento, um divertimento; um entorpecente que proporciona ao menos a menor sensação de acolhimento e de pertencimento.” (COSTA, 2021, p.177), acolhimento este que ele mesmo não consegue se oferecer, isolando então os sentimentos negativos e duvidosos que não condizem com a expectativa criada pela sociedade capitalista.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do cenário líquido vivido, que tem sido ameaçador ao Ego na medida em que o sujeito se enfraquece emocionalmente quando evita tudo aquilo que possa gerar desconforto, entendemos que as defesas psíquicas secundárias têm estado cada vez mais presentes enquanto mecanismos corriqueiros a fim de amenizar o embate entre diferentes instâncias psíquicas, essas influenciadas pelo ambiente líquido-moderno. Se, conforme ressaltado pelos estudos psicanalíticos, a inconciliabilidade própria do obsessivo é refletida na incompatibilidade social de seus comportamentos, como podemos esperar que “[...] pessoas que não suportam estar consigo mesmo podem ser boa companhia para os outros? Ou ainda, como posso estar em desacordo comigo e almejar estar harmoniosamente socializando com meus semelhantes?” (COSTA, 2021 p.177)

Esta dificuldade relacional que estrutura o modelo pós-moderno retroalimenta a incongruência entre a moral social, ainda pautada em preceitos retrógrados, que exige

um contentamento com a efemeridade no exaltar dos momentos mas que coíbe a auto aceitação de maneira integral e “a plenos pulmões”, e as múltiplas determinações de um indivíduo global, sem fronteiras e imerso nas possibilidades trazidas com a tecnologia.

Cabe aos novos atuantes desta trama social o despertar para a necessidade de relações mais verdadeiras consigo mesmos, acolhendo-se em suas dificuldades e respeitando suas individualidades. Que esse indivíduo não se atenha apenas a relações externas e superficiais, mas que tome tempo para escutar seu Outro-Eu em suas necessidades a fim de evitar os sintomas trazidos pela fuga do diálogo.

Diante disso, é esperado que essa pesquisa ajude a levantar discussões e estudos complementares sobre como os indivíduos interagem, não só no ambiente clínico, mas também no âmbito social, a fim de incentivar a busca por melhorias das condições concretas e da qualidade de vida desse indivíduo líquido, que se mostra vulnerável aos transtornos.

REFERÊNCIAS

ALVES, Talita Noronha; GAMA, Juliana Fonsêca de Almeida. Uma Relação Possível entre os Inclassificáveis e a Modernidade Líquida. **Rev. Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 11, n. 1, p. 5-26, 2021. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/PolisePsique/article/view/104744>. Acesso em: 20 mar. 2021.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade Líquida**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001. Tradução de Plínio Dentzien.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade e ambivalência**. Rio de Janeiro: Zahar Ed., 1999, p. 299-300.

BAUMAN, Zygmunt. **Tempos Líquidos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007, p. 20 Tradução de Carlos Alberto Medeiros.

CALDAS, José Maria Castro. The Art of Escape: liquidity mechanisms. **Rccs Annual Review**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 132-154, 1 dez. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4000/rccsar.180>. Acesso em: 25 abr. 2021.

CARDOSO, Marta Rezende. O superego: em busca de uma nova abordagem. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 26-41, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/r/rpfa/JHygnjggw99gRgphL8Wv7Km/?lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2022.

COSTA, Maria Luiza Fernandes; FERREIRA, Renata Wirthmann G.. NÃO HÁ NEUROSE SEM CORPO: um estudo sobre o lugar do corpo na histeria e na neurose obsessiva. **Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 254-261, maio 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/44Kt6dHrgrM5MhzkxqnrRmF/?lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2021.

COSTA, Nária. A impossibilidade de estar só mesmo sendo um. **Cadernos Cajuína**, [s. l.], v. 6, n. 1, p. 173-181, 2021. Disponível em: <https://cadernoscajuina.pro.br/revistas/index.php/cadcajuina/article/view/457>. Acesso em: 10 mar. 2021.

American Psychiatric Association **Diagnóstico estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

FILIPPI, Andrea Senna di; SADALA, Maria da Glória Schwab; LOURES, José Maurício Teixeira. A neurose obsessiva: da teoria à clínica. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, [S.L.], v. 22, n. 3, p. 362-371, dez. 2019.

FOIS-BRAGA, . H. .; BRUSADIN, L. B. Entre as solidões da casa e do mundo: recolhimentos e acolhimentos domésticos de si e dos outros em época de Covid-19. **Cenário**: Revista Interdisciplinar em Turismo e Território, [S. l.], v. 8, n. 14, p. 44–54, 2020. DOI: 10.26512/revistacenario.v8i14.31770. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistacenario/article/view/31770>. Acesso em: 30 mar. 2021.

FRADE, Lucélia Sofia Martins. **Qualidade de vida e ansiedade na perturbação obsessivo-compulsiva**. 2016. 55 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2016. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10437/7224>. Acesso em: 29 set. 2021.

FREUD, Sigmund. **Freud (1906-1909)**: o delírio e os sonhos na gradiva e outros textos. São Paulo-SP: Companhia das Letras, 2015. 456 p. (Obras Completas). Tradução de Paulo César de Souza.

FREUD, Sigmund. **Freud (1906-1909)**: o delírio e os sonhos na gradiva e outros textos. São Paulo-SP: Companhia das Letras, 2015. 456 p. (Obras Comp). Tradução de Paulo César de Souza.

GONDAR, Jô. Sobre as compulsões e o dispositivo psicanalítico. *Ágora (Rio J.)*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, pág. 25-35, dezembro de 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br//agora/a/CxvRDvDVz7v933JzvYbsjdb/?lang=pt>. Acesso em 30 de abril de 2021.

JACOBSEN, Michael Hviid. Suffering in the Sociology of Zygmunt Bauman. **Qualitative Studies**. [S.l.], p. 68-90. jan. 2021. Disponível em: <https://tidsskrift.dk/qual/article/view/124417>. Acesso em: 25 abr. 2021.

LAPLANCHE, J. **Laplanche e Pontalis: Vocabulário da psicanálise**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. Sob a direção de Daniel Lagache: tradução Pedro Tamen.

LOWENKRON, Theodor. A clínica psicanalítica atual: obsessão, compulsão, fobia e pânico. **Revista Brasileira de Psicanálise**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 133-139, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0486-641X2009000300014. Acesso em: 18 fev. 2022.

MEES, Lúcia Alves. A neurose obsessiva. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, v. 1, n. 17, p. 37-41, nov. 1999. Disponível em: <https://appoa.org.br/uploads/arquivos/revistas/revista17.pdf>. Acesso em: 17 mar. 2021.

MÜLLER, Thaís de Lima. Neuroses e seus diferentes mecanismos de defesa. 2013. Disponível em: https://www.ufrgs.br/psicopatologia/wiki/index.php?title=Neuroses_e_seus_diferentes_mecanismos_de_defesa. Acesso em: 05 mar. 2022.

PAIVA, Aldo Ivan Pereira. A relação entre psicopatologias não neuróticas, neurose obsessiva e pulsão de morte. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 23, p. 1-14, mar. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br//pe/a/GTMB8kmcJcpGstcrfgxJvFs/?lang=pt>. Acesso em: 18 mar. 2022.

PALESE, Emma. Zygmunt Bauman Individual and society in the liquid modernity. **Springerplus**, [S.L.], v. 2, n. 1, p. 1-4, 29 abr. 2013. Disponível em: <https://springerplus.springeropen.com/articles/10.1186/2193-1801-2-191>. Acesso em: 25 abr. 2021.

ROUDINESCO E PLON. **Dicionário de Psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

SCATOLIN, Henrique Guilherme. Os mecanismos de defesa presentes na neurose obsessiva: um olhar sobre a formação sintomática. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 112-121, jun. 2013. Disponível em: https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/17812/1/2013_art_hgscatolin.pdf. Acesso em: 02 mar. 2022.

SIMMEL, Georg. The Isolated Individual and the Dyad. In: WOLFF, Kurt H. **The Sociology of Georg Simmel**. Glencoe, Illinois: Free Press, 1950. p. 118-144. Tradução de Robert Schwartz.

SURRADOR, António Alberto R.. Sobrevoando o primeiro olhar psicanalítico da neurose obsessiva. **Se..., Não...** **Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica**, Lisboa, v. 8, n. 1, p. 131-154, dez. 2017. Disponível em: [https://www.apppp.pt/public/uploads/revista/Vol8/revistaAP_pensamentos_8\(1\)_ASurador.pdf](https://www.apppp.pt/public/uploads/revista/Vol8/revistaAP_pensamentos_8(1)_ASurador.pdf). Acesso em: 30 fev. 2022.

TEIXEIRA, Vanessa Leite. A escolha do sintoma na neurose obsessiva. **Mosaico: Estudos em psicologia**, [s. l], v. 1, n. 1, p. 11-16, 2007.

ASPECTOS AFETIVOS E SOCIAIS DE MÃES EM VULNERABILIDADE SOCIAL: UM RECORTE A PARTIR DA PSICOLOGIA SOCIAL

Data da submissão: 07/08/2023

Data de aceite: 02/10/2023

Camila Vaz Abeche

Universidade Metodista de São Paulo
São Paulo- São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/4043043933032024>

Miria Benincasa

Universidade Metodista de São Paulo
São Paulo- São Paulo
<http://lattes.cnpq.br/1600352232046792>

RESUMO: O presente estudo teve como objetivo investigar aspectos afetivos e sociais de mães com filhos na faixa etária de até 6 anos, no período da pandemia, a partir de uma reflexão crítica com autores da psicologia social. A literatura utilizada para esta pesquisa baseou-se em estudos quali e quantitativos, relacionados com as questões sociais usando como referências autores como Ignacio Martin-Baró, Sueli Carneiro, Enrique Dussel e Frantz Fanon. A pesquisa utilizou como instrumentos um questionário sociodemográfico e de Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS), ambos com respostas fechadas. A pesquisa indicou um total de 72 mães em vulnerabilidade social que vivem com uma renda familiar de até três salários-mínimos. Os resultados indicaram alterações negativas nos

aspectos subjetivos que surgiram ao longo da pandemia, apresentando uma piora pelas interferências de aspectos sociais, empregabilidade, especialmente quando associado às questões raciais. É possível por meio dos resultados traçar um panorama da exclusão social, especialmente para a mãe de cor preta periférica.

PALAVRAS-CHAVE: Maternagem; Pandemia; Vulnerabilidade social. Psicologia Social.

AFFECTIVE AND SOCIAL ASPECTS OF MOTHERS IN SOCIAL VULNERABILITY: A VIEW FROM SOCIAL PSYCHOLOGY

ABSTRACT: The present study aimed to investigate affective and social aspects of mothers with children aged up to 6 years, in the period of the pandemic, from a critical reflection with authors of social psychology. The literature used for this screening was based on qualitative and qualitative studies related to social issues using authors from social psychology as references authors such as Ignacio Martin-Baró, Sueli Carneiro, Enrique Dussel and Frantz Fanon. The research used as instruments a sociodemographic questionnaire and

positive and negative affect scale of positive and negative effects (PANAS), with closed answers. The survey indicated a total of 72 mothers in social vulnerability who live with a family income of up to three minimum wages. The results indicated negative changes in the subjective aspects that emerged throughout the pandemic, worsening due to the interference of social aspects, employability, especially when associated with racial issues. Through the results, it is possible to draw an overview of social exclusion, especially for peripheral black mothers.

KEYWORDS: Motherhood; Pandemic; Social Vulnerability; Social Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

Quando os temas são as questões raciais e a situação de mazelas sociais, pode-se verificar que “A vida imita a arte muito mais do que a arte imita a vida” (WILDE, 2021, p. 51). Frase esta, que tem sido comprovada por meio da trajetória de muitos artistas que trazem em suas canções e poesias a realidade social, especialmente a situação brasileira, com todas as formas de vidas secas e frágeis do povo brasileiro, como o cantor e compositor Zé Ramalho em “Admirável Gado Novo” (1979) “É duro tanto ter que caminhar e dar muito mais do que receber”. Outros cantores trazem a vida e trajetória dos povos negros e oprimidos, como a voz marcante da cantora e ativista social Elza Soares em “Carne” (2002).

Mesmo com todos estes recortes da arte que os artistas se utilizam como crítica social, o fato é que ainda existem muitas mazelas e pobreza social que continuam se repetindo, seja pela trajetória histórica colonial do povo brasileiro, ou por momentos atípicos, como no início de 2020, em que o mundo precisou de novas adaptações sociais devido ao surgimento de um vírus denominado SARS-CoV-2 que, segundo pesquisas é altamente contagioso (TAMO; RODRIGUES, 2020; RAMIREZ, 2020).

De acordo com as exigências das ONU, o isolamento social tornou-se com isto, uma medida necessária para diminuir as contaminações pelo vírus e, conseqüentemente, o número de mortes (BROOKS et al., 2020). A partir destas medidas necessárias, as pessoas em todo o mundo tiveram que se adaptar, e isto não foi diferente para as empresas, escolas, comunidades, famílias e muitas mães.

Sabe-se que muitas mães que vivem em situações de pobreza e vulnerabilidade social apresentam maiores dificuldades no processo de criar e educar seus filhos, devido aos poucos recursos educacionais e culturais que lhe são negados, conforme traz Bourdieu em sua crítica à meritocracia (NOGUEIRA; NOGUEIRA, 2006), que está intrinsecamente relacionado à trajetória histórica do processo de escravidão que o Brasil viveu, e para existir resiste (DAVIS, 2016, pp. 119-120).

Devido a pandemia, muitas mulheres tiveram que dobrar suas cargas horárias de trabalhos, especialmente as mães, que além de trabalhar, precisaram adaptar às necessidades dos filhos, assim como as diferenças de classe e a feminilização dos cuidados domésticos (SILVA et al.2020; LINHARES; ENUMO, 2020; MACEDO, 2020).

Esta exclusão e vulnerabilidade social da mãe negra são reconhecidas pela crítica de Gonzalez (1984) que denuncia a naturalidade em que a sociedade objetifica a mulher negra; a colocando em um lugar de exclusão a partir do olhar do homem branco (SANTOS; OLIVEIRA, 2016). A mulher negra é sempre incluída, tanto pela sociedade quanto pelo Estado, nas funções da base da pirâmide social, especificamente, de empregada doméstica e serviçal.

Voltando à questão da pandemia, estas fragilidades sociais tornaram-se muito mais perversas dentro do sistema capitalista, revelando a urgência em serem revistas e cuidadas, visto a perpetuação de um alto volume populacional à miséria em contexto pandêmico, reflexos de uma país que mantém um Estado com lógica colonialista patriarcal conforme retrata Segato (2012).

Desta forma, é urgente uma reflexão sobre políticas públicas de acesso igualitário à população. Neste sentido o vírus não é democrático, atingindo de forma perversa a população mais pobre, especialmente a periférica, o que afirma um Estado voltado para a morte, ou seja, uma necropolítica (SENA; RODRIGUES, 2020). O que corrobora com alguns estudos (ROSALEN, 2019, p.03; BENATTI et al., 2020) de mães que vivem em vulnerabilidade social é que, a figura materna, geralmente é vista como a única responsável por todos os cuidados e afazeres domésticos, com uma perspectiva sexista (INSFRAN; MUNIZ, 2020), que reflete em uma sobrecarga do exercício da maternidade e pouca participação ou responsabilização de outros membros da família (DAVIS, 2016, p. 236).

Desta forma, o próprio Estado legitima a mulher como única responsável pelo bem-estar familiar (BARTHOLO; PASSOS; FONTOURA, 2017, pp. 11, 12).

Assim, a vulnerabilidade social e a pobreza tornam-se fatores de riscos aumentados para mulheres desenvolverem quadros de transtornos mentais, especialmente a depressão pós-parto, constatando que estas apresentaram maiores indícios de quadros psiquiátricos, tendo alguns fatores como influência social negativa, como a sobrecarga do número de filhos e a falta de suporte familiar para os cuidados, prejudicando a saúde mental materna (CARVALHO; BENINCASA, 2019).

Além da sobrecarga de funções e as vulnerabilidades psíquicas maternas, existem outros fatores que tornam este momento muito mais vulnerável para a mãe e a criança, como, por exemplo, o momento da gestação, a pobreza e os primeiros anos após o nascimento do bebê, que podem ser afetados pela saúde mental materna, assim como os cuidados monoparentais (SCHERRER; ALVES, 2021).

Todas estas vulnerabilidades sociais e psíquicas em que as mulheres estão expostas em nossa sociedade, inclui-se àquelas os cuidados da casa, a vida profissional, as carências financeiras, as demandas de filhos, a necessidade de autocuidado, entre tantas outras, trazem de forma ainda presente o conceito de amor materno idealizado, ou mesmo o instinto materno (BADINTER, 1985, p.14). Tais conceitos estão cristalizados na sociedade ocidental, gerando impactos nas relações entre as mulheres, o exercício da

maternidade, sua autonomia e os cuidados do lar, conceito este, que não é contemporâneo, mas sócio-histórico (BEAUVOIR, 1970, p.75).

A partir desses estudos, o objetivo desta pesquisa foi trazer por meio de dados analisados uma compreensão mais humanizada e crítica de como as mães têm vivido suas subjetividades e emoções dentro de um contexto social de vulnerabilidades, que foram acentuadas na pandemia, por meio de uma perspectiva de autores da psicologia social. Os resultados quantitativos de nossa pesquisa poderão ser considerados um dado importante para futuros trabalhos, no sentido de possibilitar um cuidado e acolhimento diferenciado à esta população, permitindo uma maior visibilidade desta população enquanto cidadã, e consequentemente, uma melhora na saúde mental materna.

2 | MÉTODO

Trata-se de um estudo quantitativo-transversal, que faz parte de um recorte de uma pesquisa realizada no Estado de São Paulo, que se iniciou no final de 2019. Utilizou-se como referencial para os dados de rastreamento uma pesquisa Transversal denominada “Impacto da COVID-19 na Saúde Mental de Gestantes e Puérperas” realizado de forma on-line, com tipo de questionário survey autorizado pelo Comitê de Ética da UNIB.

2.1 PROCEDIMENTOS

A pesquisa utilizou-se de amostra aleatória com instrumento sociodemográfico junto ao PANAS que foi adaptado para o uso do Google Forms. Com isto, foi realizada a divulgação nas redes sociais para usuárias que são mães que tem filhos de até 6 anos de idade, utilizando para a análise um recorte de mães que tem como renda familiar até 3 salários-mínimos.

2.2 INSTRUMENTOS

O estudo usou como instrumentos o questionário sociodemográfico e a Escala de afetos positivos e negativos (PANAS). A escala PANAS tem sido uma das mais usadas em avaliações com adultos e crianças. Foi observado que a escala tem sido considerada fator importante em aspectos do humor e instrumento importante na clínica (NUNES et al.; 2019)

Para esta análise de dados, foram selecionados alguns afetos que, segundo a literatura disponível, vem sendo vivenciados com maior frequência por mães, quando comparados a contextos não pandêmicos. Estes afetos foram irritabilidade, melancolia, tristeza, depressão, pensamentos de morte e perda de interesse.

Segundo os estudos de WATSON e TELLERGEN (1985) a escala PANAS poderá ser realizado individualmente, com dados que demonstram solidez em seus resultados. Na avaliação, a pessoa é solicitada a indicar o nível de alteração de cada emoção. Por meio da Escala PANAS, a pessoa será avaliada sobre aspectos afetivos, como humor, com respostas que variam entre excessivamente, muito, moderadamente, muito pouco e nada.

2.3 PÚBLICO

O Público desta pesquisa foi direcionado às mães que tem como renda familiar até 3 salários-mínimos, sendo dividido em três grupos: Grupo 1 com menos de um salário-mínimo, grupo 2 com até um salário-mínimo e grupo 3 entre 2 e 3 salários-mínimos.

3 | RESULTADOS

3.1 ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS

Para o delineamento do perfil das mães participantes da pesquisa foi utilizado a amostra de um total de 164 participantes. Aplicando-se o critério de renda até três salários-mínimos como renda familiar, ou seja, R\$ 3135,00. A partir deste critério, os dados apresentam 72 mulheres nesta situação de renda familiar.

Desta forma, por meio da tabela A verifica-se a distribuição da amostra em escolaridade e cor.

Cor		preta	Parda	branca	Indígena
Escolaridade	Ensino fund. incompleto	1	- / -	2	
	Ensino fund. completo	1	3/ -	1	
	Ensino médio incompleto	-	3/-	-	
	Ensino médio completo	7	12/-	14	
	Ensino superior	1 (especialização)	10: 2:competo 4: cursando 3:incompleto 1: especial.	16: 7-Completo 7-Cursando 2- Especial.	1-Sup.Esp.

Tabela A – Distribuição da amostra em cor e escolaridade.

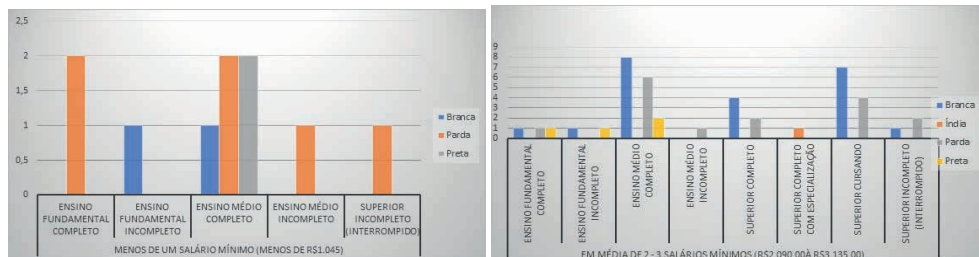
Fonte: Elaboração da própria autora, a partir de dados da pesquisa, 2021.

Os dados sugerem que há uma discrepância entre mães com ensino superior entre a população negra e as outras. Por meio destes dados pode-se observar que a população negra apresenta índices menores de escolaridade superior. Se for analisar o total de mães que tiveram acesso ao curso superior tem-se 28 mães, apenas 1 é negra e 1 é indígena.

Quando a média salarial é direcionada às mães que vivem entre 2 e 3 salários-mínimos como renda familiar, os dados apresentam algumas diferenças significativas como um aumento desta renda entre a população branca, com um total de 22 mães nesta faixa.

3.2 RELAÇÃO ENTRE NÍVEL EDUCACIONAL, RENDA FAMILIAR E ASPECTOS RACIAIS

Os Gráficos 1 e 2 apresentam a distribuição da amostra por nível educacional e aspectos raciais entre mães com menos de um salário-mínimo (gráfico 1), e a segunda amostra com mães que vivem entre 2 e 3 salários-mínimos (gráfico 2)



Fonte: Gráficos desenvolvidos pelas autoras, a partir de dados da pesquisa, 2021.

O Gráfico 1 apresenta uma relação entre faixa salarial (menos de um salário-mínimo), nível e escolaridade e cor. A partir deste gráfico pode-se observar que as mães de origem negra não conseguem alcançar o nível universitário. No total de 10 mães com esta renda familiar, apenas 2 de cor negra conseguem finalizar o ensino médio.

O Gráfico 2 apresenta a distribuição da amostra por nível educacional e aspectos raciais entre mães que tem entre 2 e 3 salários-mínimos.

Neste observa-se que há uma prevalência significativa de mães de origem branca no sistema universitário, sendo 12 de origem branca que alcançou o sistema universitário, 8 de origem parda e 1 de origem indígena, o que evidencia que a mulher negra não alcançou o sistema universitário nesta faixa de renda familiar, o que reflete o processo de branquitude no mundo acadêmico.

4 | DADOS DO PANAS EM MÃES COM VULNERABILIDADE SOCIAL

Quando foi analisado os afetos como irritabilidade, melancolia, tristeza, depressão e pensamentos de morte observa-se diferenças que devem ser consideradas como possíveis desencadeadores de transtornos mentais para o futuro destas mulheres.

Com relação ao dado afetivo da irritabilidade, quando relacionamos este aspecto afetivo à faixa salarial entre 2 e 3 salários-mínimos (o total de 43 mães- que representam 100% desta faixa), obteve-se um resultado de 15 mães (34,8%) que apresentam piora com relação a este aspecto afetivo. Com relação às mães que vivem até um salário-mínimo (19 mães), observa-se que deste total, 10 apresentaram dados de piora, o que representa 52,6 % do total de 19 mulheres nestas condições socioeconômicas. Consequentemente, há uma diferença substancial neste mesmo aspecto afetivo quando direcionado às mães que vivem com menos de um salário-mínimo, sendo que do total de 10 mães, 6 apresentaram

aumento da irritabilidade, representando 60% da amostra nesta situação socioeconômica.

Com relação ao aspecto afetivo da melancolia, nota-se que quando direcionados às mães que vivem entre 2 e 3 salários-mínimos, tem-se o total de 13 mulheres que apresentaram aumento deste aspecto afetivo, o que representa 30 % do total de 43 mães. Sobre as mães que vivem com até um salário-mínimo, tem-se 7 mães que referem aumento na melancolia, que representa 36,8 % do total de 19 mulheres. Quando os resultados são direcionados às mães que vivem com menos de um salário-mínimo, os dados são mais significativos; com 8 mulheres que relatam aumento, de um total de 10 mães; o que representa 80% da amostra.

Sobre o aspecto afetivo relacionado à tristeza, quando direcionado às mães que vivem entre 2 e 3 salários-mínimos, os resultados mostram que do total das 43 mulheres, 18 (41,8 %) referiram sentirem-se mais tristes. Quando relacionado às mães que vivem com até 1 salário-mínimo, do total de 19 mulheres, 9 destas (47 %) relataram piora no afeto relacionado à tristeza. Quando foi direcionado às mães que vivem com menos de um salário-mínimo (10 mães), os resultados demonstram que 4 delas (40%) referiram sentir-se mais tristes. Apesar das diferenças, observou-se que neste afeto, os resultados não indicaram resultados com significância estatística.

Sobre o dado afetivo relacionado à depressão, do total de 43 mães que vivem entre 2 e 3 salários-mínimos, 11 (25%). As mães que vivem com até um salário-mínimo que compõe o total de 19 mães, 8 (42%) referiram piora nos afetos depressivos. Sobre as mães que vivem com menos de um salário-mínimo (10), 4 (40%) referem piora no quadro. No fator relacionado à depressão, observou-se que não teve um resultado de grande significância entre as duas faixas menores sociais (até um salário-mínimo e menos de um salário), porém observa-se uma diferença estatística relevante entre o grupo que tem maior renda e os dois menores.

Com relação ao afeto Pensamento de morte, este é um aspecto da pesquisa que deve ser analisado com maior cuidado, devido as possibilidades de quadros psiquiátricos e possíveis situações de risco. Com relação aos pensamentos de morte, quando direcionado às mães que vivem entre 2 e 3 salários-mínimos, tiveram 8 mães que referiram ter pensamentos de morte, o que equivale a um total de 18% do total de 43 mães. Sobre o grupo de mães que vivem com até um salário-mínimo, tiveram 5 mães que relataram apresentar este quadro, o que representa 26 %. E quando este dado é apresentado às mães que vivem com menos de um salário-mínimo, os resultados sobem consideravelmente para 4 mães, que neste grupo representa 40% do grupo. Observa-se que as mães que apresentaram uma menor renda familiar, estas encontram-se mais sozinhas, o que poderá desencadear sobrecarga na saúde mental, visto serem responsáveis pelo compromisso diário de atenção e suporte aos filhos.

5 | DISCUSSÃO

A partir dos resultados desta pesquisa, os dados apresentados mostram que há uma chance maior de mulheres que vivem em vulnerabilidade social apresentarem maiores danos psíquicos. Os resultados da presente pesquisa mostram que a renda per capita foi considerada um fator negativo para quadros como a depressão em mulheres que vivem em regiões periféricas corroborando com FONSECA et al., (2021). Assim como, Cunha et al. (2012) confirmam esta tese, trazendo evidências de que há uma incidência maior de transtornos como a depressão na população feminina que vive em regiões periférica apresentando menores condições sociais e nível de escolaridade.

Estes dados dialogam com os dados sobre as questões de saúde mental para MARTIN-BARÓ (2017, p. 22) quando faz uma associação entre a relação da “(...) distribuição de riquezas com os aspectos da saúde mental”, corroborando COSTA e MENDES (2020) que traz uma visão crítica sobre a relação entre as teorias de MARTIN-BARÓ e FANON; discutindo a relação entre a opressão de nossa sociedade, que confere à população negra o lugar de eternos submissos e colonizados, o que conseqüentemente trará prejuízos aos aspectos da subjetividade destes indivíduo, que vivem pela lógica da obediência, servidão e a domesticação.

O Negro é sempre colocado no lugar de não-ser, travando consigo mesmo uma luta interna para se ver e compreender enquanto sujeito, pois é no “(...) momento que descobre sua humanidade, começa a polir suas armas para fazê-la triunfar” (FANON, 1968, p. 32). Segundo Martin-Baró (1996), há que se refletir sobre quais funções sociais devem ser assumidas enquanto população que vive uma situação de extrema pobreza, que continua a crer nas mentiras “democráticas”, que a mantém vinculada ao lugar de não existir enquanto cidadão, afetando suas vidas, e conseqüentemente sua saúde mental.

Voltando os dados da presente pesquisa, muitas mães que não têm acesso à educação, vivem sem autonomia, tornando-se vítimas de uma sociedade que as limita em oportunidades. Esta realidade aumenta os riscos à vida, à saúde mental e à subsistência, com poucas chances de desenvolver um papel profissional, aumentando a dificuldade em oferecer boas condições de vida aos filhos (ARAUJO; CASACA, 2021), corroborando com a relação entre os gráficos 1 e 2 da pesquisa, em que fica claro que quanto menores as condições e nível de renda familiar, menores são os anos de estudos concluídos.

O pouco acesso ao capital cultural é uma forma de violência que classifica alunos de acordo com o nível social que relaciona-se com a “A análise de Bourdieu quanto ao papel de contribuição do sistema escolar à reprodução das desigualdades sociais funda-se numa crítica à função da escola de reprodução das hierarquias culturais” (LENARDÃO et al., 2016, p. 38), que corrobora diretamente com os dados do gráfico 1, revelando o pouco acesso de mulheres mais vulneráveis e negras ao sistema universitário e conseqüentemente, diminuindo na qualidade de vida destas e seus filhos, que dialoga com

a percepção de MARTIN-BARÓ (2017, p. 75), reforçando que a educação mantém um sistema alienante e alienado à possibilidade de um ensino verdadeiramente democrático, corroborando à lógica do pensamento dominante da sociedade elitista.

Este pode ser um dos fatores que exclui e marginaliza esta população de mulheres/mães periféricas do sistema de ensino; justificando esta ausência por um viés do discurso meritocrático que traz o educador Bourdieu, o que corrobora para as desigualdades sociais (NOGUEIRA; NOGUEIRA, 2006, p. 87), conforme demonstra o gráfico 1.

Dentro da faixa salarial de menos de um salário-mínimo da presente pesquisa, observou-se uma predominância da etnia preta e parda, conforme revela o gráfico 1, com isto, é possível questionar se se a questão racial tornou-se uma aspecto de dificuldade de maior acesso salarial, e conseqüentemente menores anos de estudos, visto que por meio dos dados sociodemográficos da Tabela A, apenas 7 mães de origem negra conseguiram finalizar o ensino médio, sendo o restante desta população desta faixa salarial se encontram entre ensino fundamental completo, incompleto e ensino médio também incompleto, como observado também pelo gráfico 1.

Os gráficos 1 e 2 apresentam uma relação entre ensino e cor (branca, parda e preta), questão esta, que é reforçada por Fanon (1968, p. 33) quando aborda a inexistência da dignidade do colonizado (que em sua maioria são negros e índios), pois devido sua trajetória do lugar de escravo, tiveram que lutar para se percebem como humanos, travando uma revolução para ocuparem lugar de igualdade como cidadãos de direitos. É necessário que a mulher negra possa se politizar enquanto ação e política social, para que sejam ouvidas pelo lugar de fala e tenham acesso digno à saúde, educação, assistência; possibilitando sair da lógica perversa de exclusão social (CARNEIRO, 2003a).

Alguns autores reconhecidos pela psicologia social vão trazer reflexões importantes sobre dificuldades de populações negras e periféricas alcançarem o status social (DAVIS, 2016), que são reforçados pelo processo do capitalismo e o anulamento e invisibilidade deste outro colonizado (negros e indígenas), a partir da falácia da modernidade trazida pelo colonizador, que traduz o homem branco como sujeito “superior” e tudo que é latino como um “espírito infantilizado” (DUSSEL, 1993, pp. 19,20).

São estes os discursos que mantem o Brasil ainda hoje com um discurso racista, que reverbera para a manutenção de uma “dita democracia”, pois está na Constituição de 88, mas não é respeitada. Isto é o que mantem povo no conformismo, que foi definida por Martin-Baró (2017) como fatalismo, que fica claro se compararmos os gráficos 1 e 2, e analisarmos que as mulheres negras não conseguem alcançar o sistema universitário no gráfico 2, o que a sociedade não informada vai denominar de meritocracia, ou seja, faltou esforço destas mulheres, ou “Deus quis assim”

Será este o efeito perverso do capitalismo e a condição de estruturação social como o fatalismo? Ou seja, uma naturalização da pobreza como parte de uma ideologia socialmente construída, que faz com que a própria população acredite ser a pobreza parte

de seu destino (MARTINS; JUNIOR, 2018)

Reforçando o conceito de fatalismo, Carneiro (2005b) em sua tese de doutorado traz o conceito de epistemicídio, corroborando com o conceito de MARTIN-BARTÓ (2017), que configura a repetição do ciclo de pobreza e falta de acesso à cultura da população periférica pobre, especialmente as mães, negando a estas o direito à políticas públicas, e conseqüentemente o acesso à cultura, visto que esta população negra é vista como não ser, colocada no lugar de objetificação, sem direito a identidade, que vem de uma trajetória do colonialismo (OLIVEIRA, 2020, p. 59).

É importante pensar que além da própria vulnerabilidade trazida pela falta de oportunidades e exclusão social, os resultados da presente pesquisa apresentaram dados que possibilita reflexões sobre outras violências que ocorrem concomitante às questões raciais, visto que há uma predominância e aumento de mulheres negras e pardas conforme diminui-se a faixa salarial, o que nos traz a questão que a cor de pele pode ser um fator a mais de exclusão, enviesado pela temática do racismo e as poucas oportunidades destas mulheres, como mostrou o gráfico 1 e tabela A. Estes dados corroboram com o estudo de Angela Davis (2016, p. 116), que descreve alguns recortes históricos sobre trajetória de mulheres negras que se uniam de forma ainda clandestina na época da escravidão entre 1700-1800 para educar crianças negras, evidenciando a trajetória histórica de exclusão e resiliência que mulheres negras precisam enfrentar para conseguirem estudar.

É necessária uma reflexão sobre a questão racial e o quanto está “atravessa” a saúde mental da população que se encontra mais vulnerável, mas é também trazer a importância de um “olhar” mais crítico às políticas públicas de direitos humanos, no sentido de que seja humana para todos e não apenas para povos privilegiados, como homens brancos, ou seja, com uma proposta decolonial (SEGATO, 2006, pp. 211-212). A partir disso, é importante viabilizar um ensino digno e democrático que traga acesso à toda a população, que conseqüentemente terá efeitos nas condições de vida da população, e aqui, especificamente, melhora de vida para as mães. A vulnerabilidade racial torna-se mais evidente conforme observa-se os Gráficos 1 e 2, que se tornam visíveis as diferenças sociais e sua correlação com os fatores raciais, como mostram especificamente a tabela A.

Esta estética de compreender a mulher negra em um espaço doméstico, como se estas fossem menos capacitadas e direcionadas apenas aos trabalhos menos teóricos vem de uma construção histórica colonial que parte do processo de escravidão no Brasil. Esta é uma história de exclusão e violência legitimada que tem se repetido durante toda uma trajetória do negro no Brasil, desde o período colonial (DAVIS, 2016, pp. 24-25). Os dados da presente pesquisa reforçam estas teorias mostrando que as mulheres da raça negra e parda apresentaram menores taxas de escolaridades (tabela A), e conseqüentemente maiores problemas de saúde mental, com dificuldades nas questões de afeto como irritabilidade, melancolia e mesmo pensamentos de morte. Estas diferenças ficam claras quando comparamos com o gráfico 2.

Os dados destes revelam que a mulher da cor negra não existe no mundo acadêmico quando aumentamos a renda familiar. Estes dados nos fazem refletir sobre o papel da mãe negra diante da sociedade, e como sua saúde mental poderá ser afetada, dentre os muitos fatores; o próprio processo de racismo que vive na sociedade (SILVA; CHAI, 2018); que a exclui de todos os direitos básicos como saúde, e aqui, especialmente a educação.

Os dados desta pesquisa denunciam a invisibilidade da mãe negra que aparece apenas de forma significativa quando diminuímos a renda familiar, conforme a Tabela A e o gráfico 1. A sua presença diminui significativamente quando aumentamos a renda familiar como mostram de formas antagônicas os gráficos 1 e 2, dados que são semelhantes aos estudos Angela Davis (2016) em seu livro "*Mulheres, Raça e Classe*" que, retrata que a mulher negra historicamente era muitas vezes designada desde muitos cedo aos trabalhos domésticos, e quando lhe convinham aos senhores escravos eram usadas como função para prazer sexual, denunciando que a mulher negra sempre estivera em uma posição de dominação e passividade em uma sociedade patriarcal.

O estudo de Ferreira e Nunes (2020, pp. 524-525) mostra uma reflexão importante sobre a posição da mulher negra diante das exclusões sociais, em que elas se encontram na base da pirâmide social, muitas ainda apresentando-se de forma submissa ao modelo patriarcal, especialmente as mulheres negras, que devido suas trajetórias históricas, ainda enfrentam desigualdades e exclusão social imposta pela sociedade que ainda carrega os valores do racismo. Esta realidade fica muito bem exposta diante dos Gráficos 1 e 2, que traduzem o processo de marginalização em que a mulher negra vive, que desde muito cedo enfrenta uma jornada de resistência para ter uma renda familiar digna.

Até o momento, o que tem se observado por meio dos dados desta pesquisa é que as mulheres que vivem situações como vulnerabilidade social, questões raciais e pouco nível de escolaridade tem enfrentado maiores dificuldades sociais e prejuízos na saúde mental, visto que a pandemia, não foi uma causa, mas a evidência concreta dessas fragilidades que partem de um mundo ainda com a lógica patriarcal. Mulheres que ainda vivem com muitas sobrecargas sociais e emocionais, conforme observa-se por meio dos dados do gráfico 1, pois verifica-se que há a possibilidade das mães mais vulneráveis economicamente apresentarem maiores chances de desenvolver quadros de saúde mental, como o pensamento de morte, que pode ser considerado como fator de risco para outras dificuldades emocionais.

A questão da saúde mental não é apenas uma questão psíquica, mas ela se torna enviesada por fatores sociais, como suporte social e aspectos socioeconômicos, que ficam claros quando o perfil destas mães muda para uma renda familiar maior, comparação importante entre o gráfico 1 e 2.

Desta forma, fica claro que quanto maior a renda familiar, maior também o suporte das mulheres com relação aos cuidados dos filhos, pois mulheres com renda familiar entre 2 e 3 salários-mínimos apresentaram-se majoritariamente casadas, o que também

possibilita à estas um maior cuidado às questões de saúde mental.

Podemos verificar que as possíveis interferências referente às 4 mulheres que tiveram pensamentos de morte, que se encontram na menor faixa salarial (menos de 1 salário-mínimo) são resultados de possíveis situações sociais, como números de filhos, os cuidados relacionados a idade das crianças, ser mãe solo e a própria questão racial, como observado nos *Gráficos 1 e 2*, em que foi observado que no grupo específico das mulheres que apresentaram pensamentos de morte e que vivem com menos de um salário mínimo, 3 delas vivem de forma solo, com mais de um filho sob sua responsabilidade, o que pode gerar uma sobrecarga de funções e dificuldades como divisão de tempo para outras atividades além da função materna.

Diante dos resultados do estudo aqui apresentados, é evidente que estas mães de nossa pesquisa, por viverem várias formas de violência social, doméstica, exclusão social e de mercado de trabalho, com a sobrecarga dos cuidados dos filhos, são necessários projetos de políticas públicas diferenciadas aos cuidados à saúde mental materna, conforme mostrou o estudo de Lima e Moraes (2020)

Sobre o aspecto da saúde materna, é necessário entender os fatores que possam interferir no bem-estar destas mães da pesquisa, como falta de suporte social, rede de apoio e muitas serem mães solas. Diferentemente, o estudo de Jesus, Jucá e Barbosa (2014), mostrou que sofrimento psíquico de muitas mães passam por questões como sentir o desamparo, porém os filhos neste caso foram percebidos como fator de proteção às mães que muitas vezes se percebiam a “beira da loucura”.

A partir desta discussão fica-se a reflexão a partir de Oliveira, Battistelli e Cruz (2019); será possível em algum momento uma vivência de maternidade digna, quando existe uma lógica perversa, visto que há um Estado que inviabiliza os direitos enquanto cidadãs às mulheres negras e pobres; que vivenciam em suas rotinas constantes a responsabilização por suas funções de mães, e são conseqüentemente ignoradas como cidadãs de direitos?

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este recorte de dados sobre mães diante de diversas situações socioeconômicas durante o período vivenciado da pandemia do COVID-19, fica claro que há várias formas de se viver a maternagem, e que não é possível pensar em uma generalização da função materna, pois esta é diferente e complexa de acordo com as questões sociais e raciais que atravessam diretamente no papel social do que é ser mãe. Diante deste contexto há uma necessidade urgente de se pensar em políticas públicas diferenciadas que possam acolher e cuidar desta mulher que é mãe. Uma maternidade em que para a maioria das mulheres pobres é vivenciada de forma isolada, que as colocam em um lugar de não existência pela sociedade e principalmente pelo Estado, que as excluem de direitos básicos, o que dificulta a sobrevivência desta mulher e de seus filhos; que viverão continuamente um ciclo social

perverso de exclusão e marginalidade.

Com este estudo, fica evidente o processo sócio-histórico que a mulher negra e periférica continua vivendo de exclusão social, que muitas vezes se torna negligenciada pelo Estado, ou seja, uma necropolítica, não aparecendo de forma significativa na pesquisa sobre mães que ganham até 3 salários-mínimos. Assim, a proposta de olhar para esta mãe fragilizada torna-se ainda mais urgente, devido seu sofrimento psíquico e social.

Que os estudos propiciem maior visibilidade não apenas para a mulher pobre o lugar de destaque, mas um lugar de resistência e empoderamento.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, C.L.; CASACA, S.F. **A Vulnerabilidade à Pobreza das Mulheres Responsáveis por Famílias Monoparentais no Brasil e o Papel das Políticas Públicas**. *Lisbon School of Economics & Management*. Universidade de Lisboa. 2021. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.5/20868>. Acesso em 03/12/2021.

BEAUVOIR, Simone. **O Segundo Sexo: Mitos e fatos**. 4ª ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro. 1970. *E-Book*.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor Conquistado: O Mito do Amor Materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1985. *E-Book*.

BERSANI, Humberto. **Racismo Estrutural e o Direito à Educação**. *Educação em Perspectiva*. v.08, n.03., p. 380-397, set/dez. 2017. DOI:10.22294/eduper/ppge/ufv.v8i3.892

BROOKS, S. K., *et al.* **The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence**. *The Lancet*, v.395 n.10227., p.912-920.2020.

CARNEIRO, Aparecida Sueli. **Mulheres em Movimento**. *Estudos Avançados*. v.17, n.49. 2003. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9948>

CARNEIRO, Aparecida Sueli. **A Construção do Outro como Não-Ser como Fundamento do Ser**. 2005. 339p. Tese. (Doutorado em Educação) - Universidade de São Paulo. 2005.

CARVALHO, M.T.; BENINCASA, M. **Depressão Pós-parto e Afetos Predominantes na Gestação, Parto e Pós-parto**. *Interação em Psicologia*. v.23, n.02.2019. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v23i02.57188>

COSTA, P.H.A.; MENDES, K.T. **Colonização, Guerra e Saúde Mental: Fanon, Martin-Baró e as Implicações para a Psicologia Brasileira**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. v. 36. (supl.14). 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe14>

CUNHA, R.V.; BASTOS, G.A.N.; DEL DUCA, G.P. **Prevalência de depressão e fatores associados em comunidade de baixa renda de Porto Alegre, Rio Grande do Sul**. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. v.15, n.02, p.346-354.2012.

CHAVES, C. *et al.* (2021). **Effects of the COVID-19 pandemic on perinatal mental health in Spain: Positive and negative outcomes**. *Journal of the Australian College of Midwives*. S1871-5192, n.21. Disponível em: doi: 10.1016/j.wombi.2021.01.007

DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe**. 1ª ed. São Paulo: boitempo. 2016. *E-Book*.

DUSSEL, Enrique. 1492: **O Encobrimento do Outro: A Origem do Mito da Modernidade**. Petrópolis: Vozes. 1993. *E-Book*.

FANON, Frantz. **Os Condenados da Terra**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 1968. *E-Book*.

FERREIRA, C.A.A.; NUNES, S.C. **Mulheres Negras: Um Marcador da Desigualdade Racial**. *Revista da ABPN*. v.12, n.33, p. 508-534. 2020. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/674>

FONSECA, K.K.D. *et al.* **Nível de Pobreza e Sintomas Depressivos em Mulheres Mães**. *Brazilian Journal of Development*. v.07, n.02. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/23990>.

GONZALEZ Leila. Racismo e Sexismo na Cultura Brasileira. In. *Revista Ciências Sociais Hoje*. p.223-244. 1984. *E-Book*.

INSFRAN, N.; MUNIZ, A.G.C.R. **Maternagem e Covid-19: desigualdade de gênero sendo reafirmada na pandemia**. *Diversitates International Journal*. v.12, n. 2, p. 26-47, jul./dez. 2020. Disponível em: DOI: <https://doi.org/10.53357/AMOC4868>

JESUS, C.M.S.; JUCÁ, V.J.S.; BARBOSA, A.S. **Maternidade, Sofrimento Psíquico e Redes Sociais**. *Revista EOS*. v.05, n.02, p.191-193, Jul/dez. 2014. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/19815>

LENARDÃO, Elsie; LENARDÃO, Edmilson; KARPINSKI, André Luis. **Proposições para o Ensino do Futuro: Contribuições de Pierre Bourdieu a uma “Pedagogia Racional”**. *Imagens da Educação*, v. 6, n. 3, p. 37-48, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4025/imagenseduc.v6i3.29315>

LIMA, A.L.M.; MORAES, L.L. **A Pandemia de COVID-19 na Vida de Mulheres Brasileiras: emergências, violências e insurgências**. *INTER-LEGERE*. v.03, n.28. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/1982-1662.2020v3n28ID22562>

LINHARES, M. B. M.; ENUMO S. R. F. **Reflexões baseadas na Psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil**. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37. 2020. Disponível em: <https://periodicos.puc-campinas.edu.br/estudos/article/view/7354>.

MACÊDO, Shirley. Ser mulher trabalhadora e mãe no contexto da pandemia Covid-19: tecendo sentidos. *Revista do NUFEN, Belém*, v.12., n.02, p.187-204. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912020000200012&lng=pt&nrm=iso

MARTIN-BARÓ, Ignacio. **Crítica e libertação na Psicologia: estudos psicossociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2017. *E-Book*.

MARTIN-BARÓ, Ignacio. **O Papel do Psicólogo**. *Estudos de Psicologia*. v. 02, n.01, p 07-27. 1996. *E-Book*.

SENA, A.; RODRIGUES, M. Pandemia e Estado Necropolítico: um ensaio sobre as Políticas Públicas e o agravamento das vulnerabilidades da população negra frente a COVID-19. *Revista Fim do Mundo, [S. l.]*, v. 2, n. 4, p. 133–154, 2021. Disponível em: <https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/RFM/article/view/11056>

NOGUEIRA, M.A.; NOGUEIRA, C.M.M. Bourdieu e a Educação. 2º ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. 149p.

NUNES, L.Y.O. *et al.* Análise psicométrica da PANAS no Brasil. Ciências Psicológicas. v.13, n. 01, p 45-55. 2019. Disponível em: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-42212019000100045&lng=es&nrm=iso>

OLIVEIRA, R.G. Racismo e suas Expressões na Saúde. In: MAGNO, P.C.; PASSOS, R.G. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, 2020. p.58-71.

OLIVEIRA, T.G.; BATTISTELLI, B.M.; CRUZ, L.R. **Cuidado, Maternidade e Racismo: Reflexões entre Psicologia e Assistência Social.** Psi Unisc. v.03, n. 02., p. 115-125. Jul/dez. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v3i2.12599>

RAMIREZ, F. B., *et al.* **Pandemia de la Covid-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. Atención Primaria,** v.53., n.01, p 89-101. 2020. Disponível em: DOI: 10.1016/j.aprim.2020.06.006

ROSALEN, Eloísa. **Entre desigualdades, limites e Relações de Gênero: A Democracia no Brasil.** Cadernos Pagu. n.56. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/18094449201900560018>

SANTOS, I.C.; OLIVEIRA, E. Experiências das mulheres na escravidão, pós-abolição e racismo no feminismo em Angela Davis. Revista Estudos Feministas. v.26, n 01. 2016

SEGATO, Rita Laura. Antropologia e Direitos Humanos: Alteridade e Ética no Movimento de Expansão dos Direitos Humanos. MANA, v.12, n.1, 207-236.2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-93132006000100008>

SEGATO, Rita Laura. **Gênero e colonialidade: em busca de chaves de leitura e de um vocabulário estratégico descolonial.** e-Cadernos CES, v. 18.2012. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/eces.1533>

SCHERRER, I.R.S.; ALVES, C.R.L. **Association of maternal depression, family composition and poverty with maternal care and physical health of children in the first year of life.** J. Hum Growth. v.31., n.01., p. 18-27. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36311/jhgd.v31.10859>

SILVA, J.M.S. *et al.* **A Feminização do Cuidado e a Sobrecarga da Mulher-Mãe na Pandemia.** Feminismos. v. 08, n. 03, p. 149-161. 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/article/view/42114>.

SILVA, I. P. M.; CHAI, C.G. **As relações entre racismo e sexismo e o direito à saúde mental da mulher negra brasileira.** In: Revista de Políticas Públicas, p. 988- 1000. 2018. Disponível em: <http://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/9830>

TAMO, T.; RODRIGUE, A. **An analysis of mother stress before and during Covid-19 pandemic: The case of China.** Health care for women international, v. 41., n.11-12, p. 1349-1362. 2020. Disponível em: DOI: 10.1080/07399332.2020.1841194

WATSON, D.; TELLEGEN, A. **Em direção a uma Estrutura de humor consensual.** Psychological Bulletin. v.98, n.02, p. 219–235. 1985

WILDE, Oscar. **A Decadência da Mentira e Outros Ensaios.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2021.

A MATERNIDADE NÃO É UM CONTO DE FADAS - DEPRESSÃO PÓS-PARTO E O LUGAR DO AFETO NA PSICOTIZAÇÃO

Data de aceite: 02/10/2023

Geisa Barroso de Oliveira

Graduanda em Psicologia, UNIJORGE, Brasil.
Contadora, VGM Contabilidade, Brasil.

Gilda Silva Santos

Graduanda em Psicologia, UNIJORGE, Brasil.
Professora Língua Inglesa, Colégio Ômega, Brasil.

Mino Correia Rios

Professor do curso de Psicologia, UNIJORGE, Brasil

RESUMO: Esta pesquisa trata-se de um estudo documental que tem como base o filme “O estranho em mim” sobre depressão pós-parto que permite entender o conflito interno gerador da ambivalência: afastar e trazer, ou seja, distanciar-se do filho para protegê-lo e, ao mesmo tempo querê-lo por perto. Objetivando compreender o sofrimento materno decorrente da Depressão Pós-Parto (DPP) e contribuir com intervenções para a prevenção da DPP, foram realizados recortes de cenas do filme que não só retratam bem esse tema delicado e suas consequências na família e para a integração mãe-bebê como também

traz em seu enredo representações sobre os aspectos psicóticos para discussão e reflexão acerca das repercussões da DPP e da questão que norteia essa pesquisa: há a perda completa da afetividade na DPP? Os resultados demonstraram a complexidade da psicotização puerperal por quadros psicóticos, e que este pode por meio de um tratamento multidisciplinar obter a própria reabilitação psicossocial. Nesse sentido, a intervenção terapêutica de forma precoce pode contribuir para a prevenção e diminuição dos sintomas depressivos, melhorando o desempenho social e principalmente o restabelecimento da relação mãe-bebê.

PALAVRAS-CHAVE: depressão pós-parto, intervenções, psicose na depressão pós-parto.

MOTHERHOOD IS NOT A FAIRY TALE - POSTPARTUM DEPRESSION AND AFFECTIVE PSYCHOTIC ASPECTS

ABSTRACT: This research is a documentary study based on the film “Das Fremde in mir”, it is about postpartum depression that allows to understand the internal conflict generator of ambivalence: to move away and bring,

that is, the mother distance herself from the child to protect him and at the same time the mother want to have the baby nearby. In order to understand the maternal suffering arising from Postpartum Depression (PPD) and contribute with interventions for the prevention of PPD, it was chosen some scenes from the film were performed that not only portray this delicate theme well and its consequences on the family and the integration mother-baby as also brings in its representations about psychotic aspects for discussion and reflection about the repercussions of PPD and the question that guides this research: is there a complete loss of affection on the PPD? The results demonstrated how complex of puerperal psychotic conditions, and that it can through a multidisciplinary treatment obtain its own psychosocial rehabilitation. In this sense, early therapeutic intervention can contribute to the prevention and reduction of depressive symptoms, improving social performance and especially the restoration of the mother-baby relationship.

KEYWORDS: postpartum depression treatment; psychotic and postpartum depression.

INTRODUÇÃO

Para compreendermos a construção da imagem materna ocidental, Nunes (2000) citado por Gradvohi *et al* (2014) traz que a partir do final do século XVII, houve uma mudança no papel da mulher relacionada à maternagem. Antes da modernidade, a educação das crianças não era reservada às famílias. O processo de cuidado da criança não ficava objetivamente como responsabilidade da mãe e tampouco do pai. Com o desenvolvimento do capitalismo e a ascensão da burguesia, entre os séculos XVII e XIX, inicia-se a divisão entre esferas públicas e privadas. A criança até então criada em comunidade passa a ser responsabilidade dos pais.

Nesse período, tem-se o início da alteração na imagem da mulher como mãe. A maternagem passa a ser extremamente valorizada e os cuidados relativos a essa atividade passam a ser exclusivos da mãe. E ainda em relação a esse contexto, no início do século XIX evidencia-se cada vez mais a exaltação social da maternidade e da maternagem e de acordo com Gradvohi *et al* (2014, p.57) et al “A evocação do ‘amor materno’ vinculado a um pretense ‘instinto materno’, que seria inerente ao sexo feminino passa então a ser alvo de investimento de diversos setores da sociedade (...)”.

Conforme Moura citado por Gradvohi *et al* (2014, p.56), “Quanto mais responsabilidades a mulher assumia dentro do lar como mãe e educadora, maior era o status adquirido na sociedade, que valorizava o devotamento e sacrifício em benefício dos filhos e da família. A construção ocidental do conceito de materno revela as inúmeras facetas das representações sociais hegemônicas que reduz a maternidade a um conto de fadas.

Dentro desse contexto, o nascimento de um bebê passou a ser um grande acontecimento e esse é um momento em que as famílias celebram a chegada do/a filho/a, do/a neto/a e cuja mãe devotará um amor incondicional a essa criança. Mas, e quando a

mãe é acometida por uma Depressão Pós-Parto (DPP)? Como entender este momento? Qual o lugar do afeto entre a mãe e a criança? Essa visão - romantizada pela sociedade - fez com que desde muito cedo as meninas sejam ensinadas a serem uma boa mãe, amáveis, tranquilas, compreensivas, equilibradas, acolhedoras, e precisam corresponder ao rígido padrão do que a sociedade espera delas na maternidade (SILVA; SOUZA, 2021): estes padrões não permitem nenhum vestígio de sentimentos ambivalentes nas mães. Essa imagem idealizada de maternidade imposta pela cultura é incompatível com os sentimentos ambivalentes experienciados por algumas mulheres que apresentam DPP. Por um lado, tem-se o ideal materno e por outro o real vivido por algumas mulheres que sofrem com os sintomas da DPP e que vivenciam sofrimento psíquico. Neste momento, torna-se importante a compreensão por parte da família para conseguirem suportar as tensões provenientes da DPP.

De acordo com Beck e Lobato (2011) citado por Cesario e Goulard (2018, p. 81), a DPP “tem como base em seus sintomas aspectos como: estado de morbidez, irritabilidade, choro frequente, baixa energia, falta de prazer e de interesse sexual, sentimento de desamparo e culpa, perda de concentração, pensamentos de morte ou suicídio”. Acrescenta-se, ainda, alterações do sono e de apetite, humor deprimido, alucinações ópticas e/ou acústicas, infanticídio em função do puerpério, desorganização do pensamento. Segundo o Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2013), a depressão como doença é classificada como um Transtorno do Humor. Sobre o quadro clínico de depressão da DPP podemos afirmar que:

O quadro clínico da depressão pós-parto pode variar, mas tipicamente as puérperas descrevem uma diminuição do prazer e relacionamento com pessoas que anteriormente eram agradáveis, assim como sentimentos de baixa eficiência em suas atividades, muitas vezes preferencialmente ao humor depressivo. Os sintomas mais graves podem incluir dificuldade em tomar simples decisões, ansiedade, agitação psicomotora, prejuízo nos cuidados pessoais, intensa desesperança, planos ou ideação suicida. (PITTA, 2011, p.2).

Ainda no que concerne a DPP, A *American Psychiatric Association* (APA, 2012), traz que outros sintomas no período perinatal podem incluir dúvida persistente da capacidade de cuidar do bebê, de nutrir laços com o bebê, e pensamentos de causar dano a si mesmo ou a criança. Nesse sentido, em um relatório apresentado pela *American Psychiatric Association* (APA, 2012), revela que atualmente não há diretrizes clínicas para prevenir a depressão perinatal e da mesma forma, não existe um método único de prevenção acordado pelos pesquisadores. Existem propostas de intervenções que podem ajudar a identificar a DPP, mas que estas necessitam de uma avaliação mais profunda. Contudo, o estudo da APA sintetizou as evidências relacionadas com a eficácia das intervenções da prevenção da DPP com o intuito de subsidiar uma nova recomendação para *US Preventive Services Task Force* (USPSTF).

Nesse sentido, estudos nacionais e internacionais apontam para a complexidade da depressão perinatal e da importância do tratamento interdisciplinar dentro da área de saúde, envolvendo profissionais da psicologia e da psiquiatria. Em vista disso, a psicologia com suas teorias, intervenções e técnicas torna-se uma aliada relevante não só para buscar compreender os possíveis fatores de risco para a DPP como também ofertar um lugar de fala que proporcione um certo alívio, uma vez que a paciente será estimulada a falar sobre si e tornar-se ativa no seu processo terapêutico e dessa forma, conduzir o manejo dos aspectos psicóticos cujo surgimento, de acordo com estudo de Cantilino *et al* (2009) é abrupto e aumenta o risco de a mãe cometer infanticídio.

O estudo de Cantilino *et al* (2009), por exemplo, revela que o predomínio da DPP varia entre 10% e 20%. Essa taxa pode variar dependendo da região, da cultura, do período e do método utilizado no diagnóstico. A estimativa de prevalência da DPP no Brasil é de 7,2% a 43%. O estudo utilizou a *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) de acordo com os dados da **tabela 1**. A psicose pós-parto tem prevalência de 0,1% a 0,2% e conforme o mesmo estudo esse percentual é ainda maior em casos de mulheres bipolares.

Cidade	Prevalência (%)	Nº de mulheres avaliadas
São Gonçalo-RJ	43	21
Vitória-ES	39	292
São Paulo-SP	37	70
Porto Alegre-RS	21	271
João Pessoa-PB	21	202
Pelotas-RS	19	410
Recife-PE	16	120
Brasília-DF	13	236

Tabela 1 - Prevalência de depressão pós-parto no Brasil

Fonte: Adaptada pelas autoras com base em Cantilino *et al* (2009).

Segundo Dias (2016), na psicotização a ênfase do tratamento recai sobre o manejo da situação clínica, ou seja, uma interpretação no sentido tradicional pode denotar em invasão que pode ser traumática por remeter a um EU que ainda não está lá para ser encontrado.

De acordo com Winnicot citado pela Revista Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Analítica, “O bebê possui capacidades inatas para se desenvolver, mas ainda tem um ego frágil, carente dos cuidados da mãe ou de quem exerça tais cuidados”. Isto é, um bebê que ainda não está pronto, vem numa situação de dependência, precisa de colo que o abrigue e proteja, de ser acolhido e ter as suas necessidades primárias atendidas. Em relação a esse cenário, a contribuição de autores como Winnicott são importantes na contemporaneidade

porque estamos sempre nos deparando com pacientes com DPP.

Este projeto, constituído a partir do contato direto com uma paciente, no estágio de Psicodiagnóstico no Instituto de Saúde do Centro Universitário Jorge Amado - UNIJORGE, com esta demanda, cuja experiência revelou aspectos importantes no que diz respeito ao lugar do amor materno na psicotização, e o que se observou não foi uma inexistência de amor materno, mas uma extrema dificuldade ou, talvez, uma impossibilidade de sustentar o amor, o afeto, em face da fragilidade pela qual ela está passando. Diante desse contexto, percebeu-se que vários fatores perpassam a gestação no funcionamento da díade mãe-bebê e que revelam questões que podem dificultar a integração. Em face disso, fomos motivadas a pensar o quanto pode ser difícil sustentar o amor materno quando várias questões estão relacionadas à DPP tal como, uma possível desintegração do EU pode ser despertada, na gestação, ou no pós-parto. Dessa forma, o objetivo geral desta pesquisa é compreender o sofrimento materno decorrente da DPP. Além disso, os objetivos específicos são: identificar fatores psicológicos no processo de DPP, compreender o lugar do afeto na DPP e contribuir com intervenções para prevenção da DPP.

Como fator motivador a mais que corrobora para a importância da pesquisa, observou-se que as mulheres com DPP apresentam mais necessidades do que desejos e podem, muitas vezes, estar capturadas pelo momento de grande sofrimento que não têm condições de atender a um pedido de retorno à realidade. Esse sujeito precisa ser cuidado, receber abrigo e, ao considerar essa perspectiva, é importante pensar em oferecer uma clínica adequada.

Tal esforço se justifica pela importância do tema, visto que este assunto pode contribuir para uma melhor reflexão e conhecimento da sociedade que romantiza a maternidade, construindo um ideal de ser mãe e favorecendo um olhar com afeto e cuidado para as mães que não conseguem se identificar com a maternidade, oferecendo assim, uma melhor rede de apoio e evitando o sentimento de culpabilização por parte dessas mães.

Assim, este estudo visa contribuir para a nossa formação acadêmica - no âmbito científico, corroborando com a produção de artigos, palestras e debates sobre este estudo. E por fim, tem uma relevância profissional importante para a nossa formação em psicologia, contribuindo para a nossa futura profissão, possibilitando a promoção de debates, rodas de conversas e permitindo um contato direto com a realidade, cujos conhecimentos serão importantes para a concretização da prática interventiva com esse público de mulheres e abrindo possibilidades de um nicho a seguir.

Nesse sentido, a atuação do psicólogo, independente de uma área específica, deve-se respeitar os princípios fundamentais e as responsabilidades descritas no Código de Ética Profissional do Psicólogo. O atual código de ética (Resolução N° 010/2005) é pautado em sete princípios fundamentais que são transversais nas condutas descritas como responsabilidades do psicólogo. Um desses princípios, afirma que o psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da

integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.

EMBASAMENTO TEÓRICO

Trata-se este estudo de um ensaio teórico baseado nos constructos psicanalíticos em que os manejos são utilizados como recurso para a interpretação do processo de DPP. Nesse sentido, a proposta não é promover uma análise exaustiva dos aspectos da DPP, mas de forma mais analítica, trabalhar algumas características mais ilustrativas para subsidiar uma reflexão teórica no campo da psicanálise winnicottiana.

A partir dos estudos de Winnicott vamos encontrar aspectos importantes sobre os estágios mais primitivos do desenvolvimento emocional do ser humano (WINNICOTT, 1956/1982 citado por TELLES; SEI e ARRUDA, 2010). Nesse sentido, sua teoria traz dois importantes enfoques: o desenvolvimento emocional do bebê e o ambiente suficientemente bom que cerca o bebê representado pela mãe, ou seja, aquela cujo cuidado materno satisfaz as necessidades específicas do bebê, propiciando à criança alcançar as satisfações de suas necessidades físicas e emocionais. Para Winnicott, os bebês não podem existir sozinhos, eles precisam de uma mãe que esteja identificada com eles. Assim, a mãe tem três funções nos primeiros meses de vida do bebê, de acordo com a teoria de Winnicott: holding, handling e a apresentação dos objetos.

Winnicott (1971/1975) aponta que a falha no ambiente por um período de tempo prolongado é sentida como uma intrusão no processo de ‘continuar a ser’ do bebê, gerando uma ameaça de aniquilamento. Neste sentido, reconhece-se a importância de se estudar as funções da mãe em relação ao bebê e compreender o processo de psicotização da mãe com DPP em relação ao bebê nessa fase primitiva. Em síntese, ele enfatiza:

A importância da participação da mãe quer na adaptação do bebê à realidade, quer em todo o processo do desenvolvimento emocional primitivo. Ela tem o papel de protegê-lo de complicações que o mesmo ainda não entende, bem como de fornecer-lhe pedaços simplificados de mundo, que a criança passa a conhecer por intermédio da mãe. Um bebê não pode existir sozinho, psicológica ou fisicamente, ele necessita realmente de uma pessoa que cuide dele no início da vida, propiciando-lhe um ambiente satisfatório para o seu desenvolvimento, percebendo e atendendo às suas necessidades básicas (ARRUDA; ADRIETO, 2009).

A psicose, na visão de Winnicott, revela um processo de deterioração do ego. Caracteriza-se pela organização das vivências da função do id, da parte instintiva que existe em todo ser humano, a ponto de haver, em graus variáveis, algum sério prejuízo do contato com a realidade. O autor traz o seguinte acerca do conceito psicanalítico da psicose: “representa uma organização de defesas e, por trás dessas defesas organizadas, existe uma ameaça de confusão, que consiste em uma ruptura da integração”. No início da vida de um bebê a díade forma uma unidade dessa forma, o desenvolvimento emocional

do bebê depende dessa unidade, mas, para isso, a mãe precisa desempenhar um papel de mãe suficientemente boa. Quando a mãe não é suficientemente boa a criança não é capaz de começar a maturação do ego.

Percurso metodológico

Com o intuito de aprofundar tal compreensão, o contato com a paciente no Instituto de Saúde do Centro Universitário Jorge Amado - UNIJORGE gerou a oportunidade para este trabalho que será de natureza documental e tomará, portanto, como base, o filme “O estranho em mim”, visando compreender o conflito interno gerador da ambivalência: afastar e trazer, isto é, distanciar-se do filho para protegê-lo e ao mesmo tempo querê-lo por perto; assim como os aspectos psicológicos que podem ser identificados no processo da depressão pós-parto.

O filme “O estranho em mim” foi escolhido por retratar bem esse tema delicado e suas consequências na família e para a integração mãe-bebê, demonstrado por meio do sofrimento vivido pela personagem Rebecca (Suzanne Worlf). O filme é uma produção alemã de 2008, dirigido pela cineasta Emily Atef. O uso do filme se deu por este trazer em seu enredo representações sobre os aspectos psicóticos para discussão e reflexão acerca das repercussões da DPP e da questão que norteia essa pesquisa: há a perda completa da afetividade na DPP? E dessa forma, tendo em vista os objetivos propostos, este estudo pretende alcançar mulheres gestantes, puérperas e mulheres que pretendem ser mães.

Pretendendo elucidar esse aspecto, optou-se por realizar uma revisão integrativa de literatura que irá dar suporte às análises em torno das cenas do filme, cujas fontes serão escritas: artigos e não escrita: filme. As cenas constituem um recorte da realidade vivida pelas mães com DPP, uma vez que na cena está inserida uma mulher que deu à luz um filho e começou a apresentar os sinais e sintomas da DPP.

Assim, a análise documental, de acordo com Ludke e André (1986, p.6) citado por Matos, “constitui uma técnica importante na pesquisa qualitativa, seja complementando informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema”. Inicialmente foram identificadas as cenas no filme que apresentam as ilustrações em torno da DPP.

O referencial teórico que norteará este trabalho será a psicanálise, com autores que discutem as questões sobre as repercussões negativas da depressão pós-parto, da dificuldade emocional da mãe para se vincular afetivamente ao bebê e oferecer os cuidados adequados. E diante desse contexto, a contribuição de autores como Winnicot (1983) cujo cerne de estudo está na relação mãe-bebê irá fornecer elementos para o estudo. Sua colaboração para o pensamento psicanalítico foi de extrema relevância. E articulando com conteúdo de John Bowlby sobre a formação e rompimentos de laços afetivos e Teoria do Apego.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A pesquisa por artigos científicos disponíveis por meio eletrônico foi realizada nas plataformas de base de dados da *Scientific Eletronic Library Online (Scielo)*; Periódicos Eletrônicos em Psicologia (Pepsic); Biblioteca Virtual de Saúde - Psicologia (*BVS- Psi*); Capes periódicos; EBSCO *Information Service*; *American Psychiatric Association (APA)*. Foram utilizados os seguintes descritores: depressão pós-parto; psicose e depressão pós-parto; postpartum depression; intervenção depressão pós-parto; psicanálise da psicose, psicose pós-parto; psicose puerperal.

A busca dos artigos se deu seguindo os critérios de inclusão previamente estabelecido: depressão pós-parto, intervenções; depressão pós-parto; psicose e depressão pós-parto; postpartum depression; intervenção depressão pós-parto; psicanálise da psicose, psicose pós-parto; psicose puerperal e artigos em português e inglês que estivessem dentro do recorte temporal dos últimos 10 anos. A ampliação por artigos internacionais se deu com o objetivo de identificar as intervenções e medidas e ampliar o conhecimento científico em psicologia.

PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

A análise do filme adotou os seguintes procedimentos: a) análise de conteúdo, pois o filme traz o tema da DPP. A decomposição do filme levará em conta o que o filme traz a respeito da DPP, destacando as cenas em que Rebecca (A personagem de Susanne Wolf) apresenta os sinais e sintomas da DPP, o que poderá remeter a uma discussão sobre a impossibilidade dessa mãe de demonstrar afeto, de se identificar com a maternidade por estar impedida de levar em frente às funções maternas. b) análise das imagens, visto que as imagens do filme é um meio de expressão que permite pensar e lançar novos olhares sobre a temática que norteia esse trabalho. Permitindo analisar elementos para reflexão sobre certos aspectos da DPP e os impactos na construção da identificação mãe-bebê. A análise incidiu sobre esses elementos que dificultam os processos de identificação da mãe com seu filho. A decomposição do filme foi feita em partes. Para a divisão, o critério utilizado foi dos espaços levando-se em conta exteriores e interiores (PENAFRIA, 2009).

Em Penafria (2009) vamos encontrar os seguintes esclarecimentos sobre uma análise interna ou uma análise externa: “Na primeira, a análise centra-se no filme em si enquanto obra individual e possuidora de singularidades (...). Na segunda, o analista considera o filme como resultado de um conjunto de relações (...), como sejam o seu contexto social, cultural, político, econômico, estético e tecnológico”. Dessa forma, as expressões das cenas e o sentido visual foram levados em conta para fazer a análise.

Percurso cinematográfico

Tendo em vista que esta pesquisa se trata de uma análise fílmica, o trabalho será

organizado a partir de cenas que têm relevância de um recorte da realidade vivida pela personagem Rebecca, permitindo assim, analisar elementos para reflexão sobre certos aspectos da DPP e os impactos na construção da identificação mãe-bebê. Dessa forma, esse trabalho apresenta no quadro n° 01 abaixo, uma síntese das cenas que serão analisadas a seguir.

FIGURAS	CENAS	SÍNTESE DAS CENAS	DURAÇÃO DA CENA	TEMPO EM QUE ACONTECE A CENA
FIGURA N° 1	CENA - A	Retrata o estado de preocupação materna primária.	9s	3min, 06s
FIGURA N° 2	CENA - B	Retrata o momento do parto	90s	7 min, 56s
FIGURA N° 3	CENA - C	Retrata a perda da identificação.	79s	8min, 48s
FIGURA N° 4	CENA - D	Retrata o silêncio da ausência	1min, 25s	24 min, 22s
FIGURA N° 5	CENA - E	Retrata o aspecto psicótico apresentado por Rebecca	14s	32 min, 40s
FIGURA N° 6	CENA - F	Retrata a ambivalência vivida por Rebecca	1min, 20s	46min, 03s
FIGURA N° 7	CENA - G	Retrata o lugar do afeto	18s	48 min

Quadro n° 01 - Síntese das cenas do filme

A personagem Rebecca (Susanne Wolff) e seu marido Julian (Johann von Bülow) formam um casal na faixa dos 30 anos e esperam o primeiro filho. O filme não traz detalhes da gestação de Rebecca, mas sugere que tenha sido, a princípio, uma gestação normal.

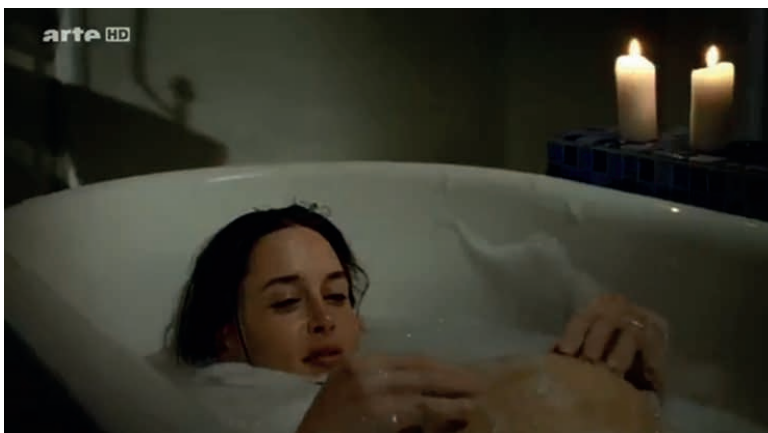


Figura n° 1 - Cena A: Retrata o estado de preocupação materna primária

Fonte: https://drive.google.com/file/d/1jyDsghNo2qyO_pxdbT1opcu4O5Gh8Fz6/view

Há momentos no filme retratado na figura nº 1, cena A, em que Rebecca está na banheira, ela se diverte, sorri e olha para a barriga, expressando um afeto prazeroso quando acaricia a barriga numa demonstração de identificação com o filho, corroborando para a teoria de Winnicott no que ele chama de um estado de preocupação materna primária.

Estudos sugerem que questões traumáticas tais como: complicação obstétrica, parto prematuro, trabalho de parto prolongado podem desencadear uma DPP. Os fatores de risco também estão associados a causas biológicas, sociais e psicológicas (COUTINHO; SARAIVA, 2008, p. 9).



Figura nº 2 - Cena B: Retrata o momento do parto

Fonte: https://drive.google.com/file/d/1jyDsgHNo2qyO_pxdbT1opcu4O5Gh8Fz6/view

A figura nº 2, cena B, representa o momento do parto, ¹ retrata o momento chave que pode acontecer em muitos processos gestacionais. Esta cena sugere um colapso à vista. A realidade colocou Rebecca diante de uma situação na qual ela não encontra uma solução e mergulha num processo que a leva a uma DPP.

Nesse sentido, para Bowlby (2002), logo após o nascimento, quando o bebê inicia o contato com o ambiente, os sistemas comportamentais estão prontos para serem estimulados. Assim, nos casos de depressão pós-parto, observa-se alguns sinais que caracterizam essa falta de interação da mãe com bebê, como a ausência de olhar prazeroso, do toque, da fala e de outras formas de interação, causando assim, um desajustamento na relação de apego e até consequências para o bebê em relação ao desenvolvimento cognitivo, social, afetivo e motor. Segundo Bowlby (1984) o apego é uma característica filogenética da interação da díade, é dividido em seguro, inseguro e evitante com base nas características e qualidade da expansividade materna que ocasionam a regulação emocional do bebê.

¹ https://drive.google.com/file/d/15_9Y4VAemZQckDnhW5ZBaw1hE8wz6Agt/view?usp=share_link



Figura nº 3 - Cena C: Retrata a perda da identificação.

Fonte: https://drive.google.com/file/d/1jyDsgHNo2qyO_pxdbT1opcu4O5Gh8Fz6/view

Na figura nº 3, cena C, o aspecto da perda da identificação fica muito marcado quando o bebê é colocado sobre ela. ² É possível verificar que Rebecca tenta tocá-lo, mas as mãos se detêm e ela não consegue chegar até a criança. Percebe-se nessa cena, logo após o nascimento do bebê, que ela não consegue tocar e nem amamentar o filho.

O bebê parece um completo estranho. A enfermeira pede que Rebecca converse com o filho no momento da amamentação, mas ela fica em silêncio, apresentando um olhar desconectado com o filho. Dessa forma, a partir do momento do parto, notam-se indícios da DPP e consequentemente a interferência na criação do vínculo saudável mãe-bebê.

A DPP está relacionada ao maior risco de descontinuação da amamentação, conflitos familiares e negligência em relação às necessidades físicas e psíquicas da criança. A DPP pode influenciar negativamente o relacionamento entre mãe e filho ao comprometer a capacidade da criação de vínculos saudáveis estáveis. Podem ocorrer danos ao desenvolvimento psicomotor e da linguagem e, consequentemente, prejuízos cognitivos e sociais relevantes. (FEMINA, 2020, p. 455).

A partir dessa perda da identificação tem-se aí um conflito em curso quando Rebecca entra num processo de angústia quando as mãos relutam em tocar a criança e mantêm-se afastadas.

² https://drive.google.com/file/d/15_9Y4VAemZQckDnhW5ZBaw1hE8wz6Agt/view?usp=share_link



Figura nº 4 - Cena D: Retrata o silêncio da ausência

Fonte: https://drive.google.com/file/d/1jyDsgHNo2qyO_pxdbT1opcu4O5Gh8Fz6/view

Na figura nº 4, cena D, o bebê está, inicialmente, deitado no carrinho olhando para ela³, enquanto ela tenta montar um ramallete de flores, é possível percebê-la apática e silenciosa. Em vários momentos em que ela está com o bebê há um silêncio prolongado, um silêncio que denota uma ausência. Nesta mesma cena, o bebê olha para ela, porém ela não consegue sustentar esse olhar sobre ela e vira a cadeira do bebê. Apresenta-se neste momento uma impossibilidade de qualquer empatia. Então, ela entra num processo de desinvestimento libidinal em relação ao filho, ao trabalho e ao marido.

Segundo Cantilino *et al* (2009, p.7). “A psicose pós-parto é o transtorno mental mais grave que pode ocorrer no puerpério”. O quadro psicótico no pós-parto é uma situação de extremo risco, pois pode ocorrer infanticídio. De acordo com os estudos de Santos *et al* (2021), as mães com sintomas de DPP apresentam dificuldade para desempenhar as funções maternas, manifestando sentimentos de desprezo, culpa, rejeição e raiva pela criança. É preciso estar atento ao quadro de psicose pós-parto e aos comportamentos negligentes nos cuidados com a criança. Estudos apontam que cerca de 20% das mulheres que apresentam psicose pós-parto tem remissão completa do quadro e não apresentam recorrência. Estudos sugerem que há recorrência de novo episódio de psicose pós-parto em 18% a 37% das mulheres e que pode haver episódio subsequente, fora do pós-parto, de algum transtorno psicótico ou afetivo em 38% a 81% das mulheres (CANTILINO *et al*, 2009).

³ https://drive.google.com/file/d/1uebaMCavWYjzz3G9t8meoJT00zqlbtVg/view?usp=share_link



Figura nº 5 - Cena E: Retrata o aspecto psicótico apresentado por Rebecca

Fonte: https://drive.google.com/file/d/1jyDsgHNo2qyO_pxdbT1opcu4O5Gh8Fz6/view

Na figura nº 5, cena E, tem-se um dos momentos mais impactantes em que Rebecca tenta afogar Lukas na banheira⁴. Esta é uma cena que nos leva a refletir sobre que colapso é esse? Onde estão as falhas que deixaram fissura? Não temos como prever o que a realidade vai nos trazer de exigência, de pressão. O sujeito é posto numa situação que se impõe e muitas vezes desorganizar é a forma que ele encontra para encontrar a si mesmo.



Figura nº 6 - Cena F: Retrata a ambivalência vivida por Rebecca

Fonte: https://drive.google.com/file/d/1jyDsgHNo2qyO_pxdbT1opcu4O5Gh8Fz6/view

A ambivalência emocional vivenciada por Rebecca é demonstrada na figura nº 6, cena F, que ilustra o momento em que Rebecca está em terapia.⁵ O diálogo, transcrito abaixo, demonstra uma ambivalência de afetos na díade, ao mesmo tempo em que Rebecca afirma que não queria o filho, ela pensa nele. Nesta cena, observa-se o seguinte diálogo:

4 https://drive.google.com/file/d/1BwjaUqV23IXPbHAMdj1tfPFcngZysLXR/view?usp=share_link

5 https://drive.google.com/file/d/1Xn_3KHSJyMGuBjW6IZj2b3n-rQWvnOAg/view?usp=share_link

Rebecca: *Todos gostaram do cheiro dele. Eu não senti cheiro algum, ele não tinha cheiro de nada. Eu não o queria. Eu senti como se o meu leite fosse veneno. Lukas não quis mamar.*

Psicólogo: *Ele sentiu sua tensão.*

Rebecca: *Eu fico pensando em Lukas.*

Psicólogo: *Você precisa dele para se curar.*



Figura nº 7 - Cena G: Retrata o lugar do afeto

Fonte: https://drive.google.com/file/d/1jyDsgHNo2qyO_pxdbT1opcu4O5Gh8Fz6/view

Já no momento em que ela está dentro do carro, conforme figura nº 7 da cena G, tem-se uma das cenas mais relevantes, quando a mãe de Rebecca vai visitar o neto e a deixa no carro para ver o filho de longe. Nessa cena fica evidente, pela expressão no rosto de Rebecca, que ela fica feliz em ver o filho, mesmo de longe. A partir desta cena G, é possível identificar o lugar do afeto desta mãe que ainda em acompanhamento psicológico e psiquiátrico deseja construir uma relação de afeto prazeroso com o seu filho. Uma relação que antes não foi possível ser construída devido a DPP. Aqui também é possível evidenciar a ambivalência emocional quando Rebecca para proteger o filho de si mesma, ela se afasta, mas ao mesmo tempo ela quer saber desse filho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como proposta compreender o sofrimento materno decorrente da DPP, visando o entendimento do lugar do afeto na psicotização, decorrente da DPP. Dessa forma, o trabalho foi de natureza documental, tomou como base o filme “O estranho em mim”. No decorrer da pesquisa, um dos desafios foram os poucos estudos focando os aspectos psicológico/subjetivos do afeto na psicotização. Muitos estudos focam mais os sinais e sintomas da DPP sem psicotização.

De acordo com os estudos, foi possível perceber que a DPP acomete as mulheres no período puerperal, numa prevalência que varia entre 10% e 42%, cujos sintomas expressam o sofrimento e a dor das mães que passam por essa experiência com repercussões na interação mãe-bebê e de toda a família. É importante pensar nos distúrbios psicológicos da DPP para além de um diagnóstico biomédico, mas buscar uma atuação preventiva com equipes multidisciplinares, programas de saúde pública voltados não só para orientação da saúde reprodutiva da mulher como também as configurações subjetivas da DPP. Um programa voltado para a saúde integral da mulher pode ajudar as novas mães com o apoio de que precisam para enfrentar a DPP.

Diante do exposto, é importante refletir sobre as expectativas sociais da maternidade e o sofrimento da mulher que é acometida pela DPP; os conflitos internos vivenciados e geradores de ambivalência pois ao mesmo tempo que, ela precisa se distanciar do filho para protegê-lo, quer tê-lo por perto.

Os resultados obtidos permitiram identificar a complexidade da psicotização puerperal retratada pela personagem, Rebecca, que mostrou o sofrimento por quadros psicóticos, e que este pode por meio de um tratamento multidisciplinar pode obter a própria reabilitação psicossocial. Nesse sentido, a intervenção terapêutica de forma precoce pode contribuir para a prevenção e diminuição dos sintomas depressivos, melhorando o desempenho social e principalmente o restabelecimento da relação mãe-bebê.

Ao levar em consideração esta perspectiva, o trabalho procurou trazer reflexões para pensar possibilidades interventivas que não só auxiliem as mulheres, na compreensão e explicação da DPP, mas também ofereçam um espaço de fala e, dessa forma, construir possíveis caminhos para a promoção de saúde mental.

Por último, o levantamento de dados foi uma desafiante etapa durante a realização deste trabalho. Observou-se, durante as pesquisas, uma escassez de trabalhos sobre os aspectos do afeto na psicotização. Atualmente, existem mais pesquisas voltadas para os sintomas da DPP sem psicotização. O presente trabalho abre caminhos para estudos de aspectos subjetivos da DPP com psicotização. Recomenda-se para trabalhos futuros a incorporação de dados mais específicos sobre ausência/presença do amor materno na psicotização.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Interventions to Prevent Perinatal Depression Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force**. Disponível em: <https://www.psychiatry.org>. Acesso em: 29/9/22.

ARRUDA, Sérgio Luiz Saboya; ANDRIETO, Elisângela. **Mães psicóticas e seus bebês: uma leitura winnicottiana**. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/>. Acesso em: 16 ago. 2022.

AZEVEDO, Kátia Rosa; ARRAIS, Alessandra da Rocha. **O Mito da Mãe Exclusiva e seu Impacto na Depressão Pós-Parto**. 2006. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 20 out. 2022.

BOWLBY, John. **Primórdios do comportamento do apego**. São Paulo: Martins Fontes, 2002. 329 p.

CANTILINO, Amaury *et al.* **Transtornos psiquiátricos no pós-parto**. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 9 set. 2022.

CAMPOS, Bárbara Camila de; RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. **Depressão Pós-Parto Materna: Crenças, Práticas de Cuidado e Estimulação de Bebês no Primeiro Ano de Vida**. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/>. Acesso em: 19 set. 2022.

CESARIO, Rafaella Pinheiro; GOULART, Daniel Magalhães. **Depressão pós-parto para além do diagnóstico: representações sociais e subjetividade**. Rev. Subj. [online]. 2018, vol.18, n.1, pp. 79-91. ISSN 2359-0769. <http://dx.doi.org/10.5020/23590777.rs.v18i1.6068>.

COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque. **Depressão pós-parto: considerações teóricas**. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/>. Acesso em: 10 out. 2022.

DIAS, Elsa Oliveira. **A Clínica Winnicottiana das psicoses: a retomada do amadurecimento**. Associação Portuguesa de Psicanálise e Psicoterapia Psicanalítica, Lisboa, v. 5, p. 207-2011, dez. 2014. Disponível em: <https://www.apppp.pt/>. Acesso em: 10 set. 2022.

FONSECA, Vera Regina J.R.M. *et al.* **Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna**. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 8 out. 2022.

GRADVOHL, Sílvia Mayumi Obana; OSIS, Maria José Duarte; MAKUCH, Maria Yolanda. **Maternidade e Forma de Maternagem desde a Idade Média à Atualidade**. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org>. Acesso em: 20 abr. 2023.

ISCAIFE, Amanda Beretta *et al.* **Associação entre sintomas de depressão pós parto e qualidade da relação de apego mãe-bebê**. 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/>. Acesso em: 19 set. 2022.

MATOS, Júlia Silveira. **Análise Documental**. Disponível em: <https://docplayer.com.br>. Acesso em: 08 maio 2023.

Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: **DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

O ESTRANHO em mim. Direção de Emily Atef. Produção de Emily Atef. Alemanha, 2008. (60 min.), son., color. Legendado. Disponível em: <https://www.youtube.com>. Acesso em: 10 out. 2022.

PITTA, José Cássio do N. **Depressão no puerpério**. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br>. Acesso em: 06 jun. 2022.

PONTES, Samira; CALAZANS, Roberto. **Sobre alucinação e realidade: a psicose na CID-10, DSM-IV-TR e DSM-V e o contraponto psicanalítico** 1. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/>. Acesso em: 28 out. 2022.

PUBMED. **Preventing postpartum depression: A meta-analytic review.** Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 01/10/22

RENNER, Anelise Meurer *et al.* **Intervenção para mães com depressão pós-parto: protocolo de psicoeducação e treino para reconhecimento de emoção.** 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org>. Acesso em: 14 ago. 2022.

POLES, Marcela Muzel et al. **Sintomas depressivos maternos no puerpério imediato: fatores associados.** Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2018, v. 31, n. 4. Disponível em: [<https://doi.org/>](https://doi.org/). Acesso em: 11 setembro 2022.

TELLES, Josiane Cristina Coradi Prado; SEI, Máira Bonafé; ARRUDA, Sérgio Luiz Saboya. **Comunicação silenciosa mãe-bebê na visão winnicottiana: reflexões teórico-clínicas.** Aletheia, Canoas, n. 33, p. 109-122, dez. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org>. Acesso em: 21 abr. 2023.

A ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL NAS APAES DA REGIÃO DO PLANALTO CATARINENSE DURANTE A PANDEMIA

Data de aceite: 02/10/2023

Eudemir Luis Karpinski

Trabalho de Conclusão de Curso
Formação em Psicologia pela
Universidade do Planalto Catarinense

Gabriel Lopes Rosa Feigel

Orientador

RESUMO: Este artigo buscou investigar como estão sendo desenvolvidas as atuações da Psicologia Escolar e Educacional na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) da região do Planalto Catarinense durante a pandemia. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, qualitativa, com recorte transversal, que foi realizada junto aos psicólogos das APAEs da região Planalto de Santa Catarina a partir da aplicação de um questionário estruturado online. Os resultados apontam a predominância de profissionais do sexo feminino, a abordagem utilizada nas APAEs do Planalto Catarinense é em Terapia Cognitivo Comportamental, embora poucas profissionais tenham concluído pós-graduações. A partir dos relatos das participantes fica evidenciado o quanto foi desafiador atuar na pandemia do COVID-19 e mais ainda a necessidade do convívio e

proximidade das pessoas, uma vez que o cenário não se apresentava favorável para a sua presença e convivência. O relato das profissionais mostra ainda que a pandemia do COVID-19 exerceu influência sobre sua saúde mental, conforme já apontava a literatura sobre o tema. Estando diante de um cenário novo e ainda em adaptação julga-se necessário que outras pesquisas possam explorar outras temáticas aqui evidenciadas, como a formação continuada das profissionais, sua saúde mental durante a pandemia e outros aspectos do cotidiano que possam melhorar a qualidade de seus trabalhos nas APAEs.

PALAVRAS-CHAVE: APAE. Covid-19. Educação Inclusiva. Psicologia Escolar. Psicologia Educacional. Pandemia.

ABSTRACT: This article sought to investigate how the actions of School and Educational Psychology are being developed in the Association of Parents and Friends of the Exceptional (APAE) in the Planalto region of Santa Catarina during the pandemic. This is an exploratory, qualitative, cross-sectional research, which was carried out with psychologists from APAEs in the Planalto region of Santa Catarina through the application of a structured online

questionnaire. The results point to the predominance of female professionals, the approach used in the APAEs of the Planalto Catarinense is Cognitive Behavioral Therapy, although few professionals have completed postgraduate studies. From the participants' reports, it is evident how challenging it was to act in the COVID-19 pandemic and even more the need for interaction and proximity to people, since the scenario was not favorable for their presence and coexistence. The professionals' report also shows that the COVID-19 pandemic had an influence on their mental health, as already pointed out in the literature on the subject. Faced with a new and still adapting scenario, it is deemed necessary for further research to explore other themes highlighted here, such as the continuing education of professionals, their mental health during the pandemic and other aspects of daily life that can improve the quality of their work in APAEs.

KEYWORDS: APAE. Covid-19. Inclusive education. School Psychology. Educational Psychology. Pandemic.

INTRODUÇÃO

PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL

A Psicologia Escolar e Educacional (PEE) é uma importante área de atuação da Psicologia no Brasil. Cabe aos profissionais dessa área, os psicólogos escolares e educacionais, atuar em instituições escolares assim como em outros espaços voltados para a educação, bem como dedicar-se ao ensino-aprendizagem e à pesquisa direcionada à interconexão entre Psicologia e Educação. A PEE carrega, enquanto justificativa de sua existência, a confiança profunda de que a educação e o ensino podem melhorar a vida das pessoas partir do emprego adequado dos conhecimentos psicológicos (Coll, 2004).

Para Antunes (2008) a Psicologia Escolar atua nos processos de escolarização com foco na escola e nas relações estabelecidas neste ambiente. Neste contexto o psicólogo atua tanto no individual como no coletivo por meio das suas intervenções focadas no educando. Através do seu olhar o psicólogo foca no desenvolvimento integral do sujeito nos aspectos cognitivos, afetivo, ocupacional e social e este profissional atua de acordo com as demandas e/ou perfil de cada educando.

Para Martinez (2009) observa-se que o psicólogo escolar e educacional atua em diversos espaços e desempenha inúmeras tarefas sendo em: abrigos, penitenciárias, universidades, programas de educação comunitária, entre outros. A contribuição da Psicologia Escolar e Educacional em relação à educação está no compromisso com o sistema educacional constituindo o eixo central da educação como uma prática social no País.

No contexto da educação das pessoas com deficiência, como no caso das APAEs, o papel do psicólogo não pode ser diferente: ele deve ser o mediador das relações que se desenrolam na Escola Especial (Saquetto, 2008). Nessa perspectiva, o profissional da Psicologia não deve reforçar os problemas, dificuldades ou transtornos dos alunos,

mas mediar o relacionamento dele com os outros participantes do contexto educacional, contribuindo para a formação saudável de sua subjetividade e, conseqüentemente, para a riqueza de suas experiências sociais oferecidas na e pela escola, entendendo que não é a deficiência que é uma anormalidade individual, e sim, sua visão social que é problemática.

As dificuldades de aprendizagem são barreiras ou obstáculos que os alunos enfrentam no dia-a-dia da escola, isto é, quando não conseguem realizar uma determinada tarefa, ou quando um aluno não é capaz de acompanhar os demais; logo, é caracterizado como um sujeito com dificuldades ou problemas na aprendizagem. Em outras palavras, quando os alunos não acompanham o conteúdo programático do professor, ou precisam de uma metodologia diferente para aprender, acabam sendo considerados como “alunos com dificuldades”, e então, aparecem infinitas características para as dificuldades que podem advir da escrita, da fala, da leitura, do desenho, do cálculo etc. (Machado Jr. Paiva, Vicentin, Santos, Oliveira, Silva, Bozzo e Rissonio, 2015, p. 171).

Para Sant’Ana (2011), apesar dos avanços recentes, cabe destacar a falta de preparo de muitos educadores para lidar com crianças com necessidades especiais, o que muitas vezes pode “gerar medo, sensação de incapacidade e impotência”, bem como “reforçar mecanismos de discriminação e segregação”. Nesse sentido, a Psicologia Escolar pode contribuir para a preparação dos agentes envolvidos no processo de educação inclusiva, buscando, por meio do suporte aos educadores, uma visão crítica e de ações coletivas, que viabilizem mecanismos de transformações da dinâmica social e institucional.

PSICOLOGIA ESCOLAR E EDUCACIONAL DURANTE A PANDEMIA

Nos primeiros dias de Pandemia, foi publicada pelo Ministério da Educação (MEC) a Portaria n.º 343/2020, de 18 de março de 2020, que dispõe sobre “substituição das aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus - COVID-19” (Brasil, 2020)”. Após a publicação desta portaria outras decisões e ações foram tomadas pelo MEC em relação ao ensino remoto, que vem se efetivando em larga escala desde março de 2020 no Brasil. Essas medidas são necessárias, embora se saiba que há diversos problemas em relação a isso, desde a inabilidade dos professores de lidarem com as novas tecnologias de ensino por meio digital, assim como o crescimento da desigualdade de apropriação às informações, como também há elevado número de estudantes que não tem à disposição equipamentos e internet que possibilitem o acesso às aulas. Além dessas questões objetivas, não podemos deixar de mencionar o comprometimento que o ensino remoto traz na relação professor-aluno, quando partimos da ideia, conforme propõe Vigotski (2001), de que existe uma unidade entre socialização, cognição e afeto.

De acordo com Camargo e Carneiro (2020),

A pandemia evidenciou aspectos que já se faziam presentes no cotidiano

brasileiro: as desigualdades sociais, a saúde como mercadoria, a falta de investimento em saneamento básico, entre outras. Intensificou sentimentos, modificou as relações de espaço e tempo, questionou fronteiras e demonstrou que mesmo um vírus microscópico pode ter um enorme poder sobre as vidas (Camargo & Carneiro, 2020, p. 8).

Conforme Camargo e Carneiro (2020) os impactos da Covid-19 no contexto educacional levou a suspensão das aulas presenciais e diante de uma metodologia já definida houve a necessidade de uma readequação desta levando os psicólogos a uma revisão no seu modo de atuar. Projetos foram suspensos, atividades que exigiam o contato físico e a constância dos encontros foram suprimidas. Novas necessidades foram apresentadas, como os diálogos sobre o momento vivido, assim como houve o surgimento de novas propostas para as atividades escolares. A escuta sobre os sofrimentos experimentados, a fim de se minimizar os impactos do cenário, se tornou uma intervenção necessária por parte da Psicologia (Feigel, Campos & Zatti, 2021). Essas mudanças deram lugar a criatividade, a inventividade e as trocas fizeram-se (e continuam se fazendo) fundamentais para a realização de novos modos de trabalhar nesses tempos.

A ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS - APAE

Para a Federação Nacional das APAEs (1998/2003, p. 10) a “APAE é uma entidade civil, filantrópica, de caráter cultural, assistencial e educacional, sem fins lucrativos, com duração indeterminada, que tem foro e sede no município onde estiver situada”.

A APAE tem como missão “Promover e articular ações de defesa de direitos e prevenção, orientações, prestação de serviços, apoio a família direcionadas à melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência e à construção de uma sociedade justa e solidária” (Apae Curitiba, 2019, p. 10).

A APAE atende pessoas com deficiência, preferencialmente intelectual e múltipla, e transtornos globais do desenvolvimento, em seus ciclos de vida: crianças, adolescentes, adultos e idosos, buscando assegurar-lhes o pleno exercício da cidadania. Cabe ressaltar ainda o papel da APAE em relação aos alunos encaminhados para avaliações cognitivas vindos da rede municipal de ensino, indicação médica e demanda espontânea.

A APAE é uma instituição que atua nas áreas da Saúde, Assistência Social e Educação. Neste caso, a Psicologia Educacional vem fazer parte do cenário com importantes contribuições: atuando na avaliação dos educandos, orientação aos professores, orientações aos pais e familiares, participando inclusive na elaboração da programação terapêutica.

Durante a pandemia a APAE foi uma das poucas instituições de ensino que manteve as portas abertas, uma vez que a pandemia rompeu um ciclo diário dos seus usuários e familiares. Foi preciso dar continuidade aos atendimentos, nas estimulações, enfim, no aprendizado em geral, e foi necessárias inúmeras adequações para atender as exigências

Municipais e/ou Estaduais, visando preservar a saúde de todos. Diante disso novas normas internas foram implantadas e fiscalizadas como o uso obrigatório de álcool gel, máscaras e demais Equipamentos de Proteção Individuais (EPIs) que se fizessem necessários, evitando assim possíveis contaminações e garantindo assim o objetivo traçado de dar sequência nos atendimentos e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos seus usuários.

Para a APAE Rio do Sul S/C (2021, p. 1)

Com o isolamento social e todas as medidas restritivas devido à pandemia de coronavírus, a vida de muita gente mudou. E não foi diferente para quem trabalha ou estuda nas APAEs. Em Rio do Sul, as atividades acabam de ser retomadas após nova pausa. Atualmente, o que acontece presencialmente segue todos os protocolos de segurança. Aos pais e alunos foi oferecida a opção de ensino remoto. E cada vez mais famílias estão aderindo a essa modalidade.

Os alunos em suas diferentes condições foram atendidos nesse período e suas necessidades foram levadas em consideração nesse momento de pandemia. Segundo Zanini (2021), alunos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), por exemplo, que até então não eram participativos em sala de aula de forma presencial, passaram a interagir mais com seus professores e colegas via chat; os alunos com transtornos afetivos desenvolviam suas atividades junto aos seus professores; e os alunos com deficiência intelectual desenvolveram habilidades através do celular, identificando letras e até enviando mensagens simples aos familiares, colegas e professores.

Ainda de acordo com Zanini (2021):

Agora, estamos diante de um outro desafio: como esses alunos voltarão para as aulas presenciais? O retorno não será nada fácil, pois terão que se readaptar ao convívio social e ao ambiente escolar. O ensino híbrido surge como uma nova estratégia de ensino que pode amenizar as dificuldades desse retorno. Trata-se de uma combinação de práticas presenciais e remotas, por meio do uso de ferramentas digitais com foco na personalização das ações de ensino e de aprendizagem. (Zanini, 2021, p. 3).

A combinação de práticas presenciais e remotas com o apoio dos profissionais da educação e o envolvimento das famílias trará novas e muitas possibilidades de atuação, incrementando a sensação de pertencer ao processo de aprendizagem no âmbito escolar, tanto para os alunos quanto para os seus familiares. Toda mudança requer adaptação e diante da pandemia a APAE também precisou passar por adaptações que foram desde a metodologia a ser empregada, adaptação curricular e principalmente a melhor forma de interagir e ensinar, a melhor tecnologia que pudesse dar retorno em menor espaço de tempo e, claro, pensando no bem-estar do seu aluno, buscando extrair dele o seu melhor sem pressioná-lo, respeitando seus limites.

Diante das adequações e com a preocupação voltada em manter a qualidade no ensino neste período de Pandemia as¹ APAEs da região do Planalto Catarinense buscaram

1 Arroio Trinta, Caçador, Curitibaanos, Fraiburgo, Lebón Régis, Monte Carlo, Rio das Antas, Salto Veloso, Santa Cecília,

orientações junto à Secretaria Municipal de Saúde e Vigilância Sanitária, procurando seguir os devidos Protocolos para garantir segurança aos seus usuários e servidores. Algumas dessas instituições, como a APAE de Curitiba, manteve seus atendimentos procurando atender todos os protocolos exigidos tanto pelo estado como também pelo município, assegurando a seus usuários a manutenção das rotinas, embora com algumas adequações. Já as demais APAEs da região do Planalto Catarinense seguiram as orientações de cada Município.

O Planalto Serrano ou Serra Catarinense é uma região a 100 km de distância do litoral catarinense, a qual abrange as mesorregiões do Oeste e parte do Norte.

As APAEs também seguiram com a elaboração do PLANCON (Plano de Contingência) no retorno dos atendimentos educacionais presenciais, principalmente devido à necessidade de mudanças de hábitos e adequação das atuais exigências. Foi necessário, também, um investimento financeiro para aquisição de equipamentos e materiais:

A utilização de máscaras é outra dificuldade encarada pelos pais e responsáveis pelas pessoas com deficiência, uma vez que elas não entendem a importância da utilização desse objeto. “A gente orienta para que os pais tentem fazê-los entender que isso é muito importante de uma forma lúdica e brincando. Ela se acostuma e passa a não se assustar quando vê outras pessoas usando a máscara na rua e no ônibus, por exemplo, e não se sente sufocada”, afirma Elizabeth. (APAE – ES, 2020, p. 3).

Para Apae – ES (2020) em diversas Apaes situadas em regiões onde as famílias não têm acesso à internet, as atividades mudaram seu formato e o modelo de ensinar passou a ser através de atividades impressas e com materiais concretos que são entregues aos usuários: jogos educativos, kits de atividades, caixas sensoriais e histórias para leituras, entre outras ideias, são concebidas para motivar os usuários. Além disso, está sendo usada amplamente a tecnologia para atendimentos e transmissão de atividades onde há acesso à internet: aulas em vídeo, lives, chamadas de vídeo, grupos de *WhatsApp*.

A atuação da Psicologia Escolar e Educacional na APAE durante a pandemia atendeu inúmeras demandas, pois além do suporte aos alunos, muitas famílias necessitaram de atendimentos e orientações. Houve aumento no atendimento à docência também, pois estes profissionais também foram impactados pela pandemia, obrigando-se a adequar ou mudar sua metodologia, além da necessidade de atender alguns alunos de forma remota, e todas estas adequações e mudanças exigiram uma adaptação breve, tornando o processo do ensinar e do aprender um desafio.

Para Mattos e Nuernberg (2010, p. 2):

A educação especial tem sido um contexto de inserção do psicólogo na área educacional. À luz das políticas de inclusão vigentes, a atuação do psicólogo se volta à promoção de práticas educacionais que favoreçam a participação e aprendizado de todos os alunos. A formação de profissionais na área da educação demanda o estudo das necessidades sociais que irão atender.

Porém mesmo ciente das demandas o profissional da Psicologia durante a pandemia vem buscando uma readaptação junto as APAEs, pois seu público apresenta limitações e estas devem ser atendidas a fim de não comprometer o seu paciente. O cenário de uma APAE dificulta realizar atendimentos on line ao contrário dos atendimentos realizados em clínica.

Mesmo diante do momento pandêmico a preocupação ateu-se em expandir o olhar sobre os alunos, uma vez que o cenário se apresentava desfavorável e o processo adaptativo ainda era incerto quanto ao seu resultado, porém o engajamento de cada profissional fez valer o resultado, ou seja, a qualidade do ensino foi priorizada e o aprendizado também.

METODOLOGIA

O objetivo geral desta pesquisa é investigar o modo de atuação da Psicologia Escolar e Educacional na APAE da região Planalto de Santa Catarina durante a pandemia. Para atingir esse objetivo foi aplicado um questionário estruturado online para profissionais da Psicologia que atuam nestas APAES da região do planalto catarinense na qual investigou-se as práticas dos psicólogos nas APAEs durante a pandemia. Como objetivos específicos teremos: 1 - Investigar como é a formação e atuação da Psicologia de maneira geral nas APAEs; 2 - Investigar práticas da psicologia escolar e educacional na APAE; 3 - Investigar como estão sendo atendidas as demandas existentes e os desafios ocasionadas pela pandemia do Covid 19.

Para atender a esses objetivos optou-se por uma pesquisa exploratória, do tipo qualitativa, com recorte transversal, no qual foram aplicados questionários *online* junto aos psicólogos das APAEs do Planalto Catarinense. Essa pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da UNIPLAC. Com a aprovação do CEPSH, Parecer n.º 4.902.538 foram feitos os primeiros contatos com os participantes via aplicativo *WhatsApp*.

Em relação à pesquisa exploratória segundo Lando (2020, p.2) “Esse tipo de pesquisa visa explorar um fenômeno ainda pouco explorado. Normalmente esse tipo de pesquisa busca elencar hipóteses sobre o tema ou fenômeno estudado para que outras pesquisas as testem e validem”.

Ao tratarmos de uma pesquisa do tipo qualitativa para Machado (2021, p.2) “A Pesquisa qualitativa examina evidências baseadas em dados verbais e visuais para entender um fenômeno em profundidade. Portanto, seus resultados surgem de dados empíricos, coletados de forma sistemática”.

Para evitar qualquer tipo de risco de ordem física ou emocional oriundos da contaminação ou até mesmo do medo de contaminação, a aplicação do questionário foi feita de maneira *online*. Inicialmente o contato com cada profissional destas APAEs deu-se via telefone levando a eles o real objetivo da pesquisa e da importância da participação de

todos profissionais da Psicologia das APAEs do Planalto Catarinense e com a aprovação destes criou-se um grupo no WhatsApp a fim de passar todas as orientações pertinentes ao questionário. A pesquisa tratou os participantes de uma maneira que permitisse o seu anonimato, principalmente como forma de preservar suas identidades.

Como critério de inclusão foram selecionados os profissionais da Psicologia devidamente credenciados que atuassem nas APAEs da região Planalto catarinense. Como critérios de exclusão foram apontados outros profissionais e participantes das APAEs que não fossem profissionais da Psicologia que atuassem nesses respectivos locais.

Essa pesquisa teve seu cronograma de início em abril de 2021, com aplicação do questionário em setembro e conclusão da referida pesquisa em outubro de 2021. Após a aplicação do questionário, foi feita uma análise geral dos dados obtidos a fim de procurar identificar os objetivos propostos para esta pesquisa. A análise dos dados foi feita a partir das respostas obtidas nos questionários e a sua discussão foi realizada a partir do que foi identificado por meio de revisão da literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A aplicação do questionário ocorreu entre os dias 14 e 24 de setembro de 2021. Foram contatadas inicialmente representantes das doze APAEs do Planalto Catarinense, embora apenas nove unidades participantes responderam o questionário e três foram desconsideradas em virtude de não haver atuação de psicólogos no momento da pesquisa.

Todas as participantes da pesquisa são do sexo feminino. Quanto às idades das participantes, há duas psicólogas com menos de vinte e seis anos; seis psicólogas entre trinta e quarenta anos; e uma psicóloga acima de quarenta anos. Em relação ao tempo de formação como psicólogas as participantes apresentaram o seguinte: três participantes possuem até três anos de formação; cinco participantes entre doze e quinze anos de formação; e uma participante possui acima de quinze anos de formação. Em relação a escolaridade ou graduação evidenciou-se oito psicólogas com Graduação em Psicologia e apenas uma com Pós-Graduação, do tipo especialização *lato sensu*, embora o tema ou ênfase da especialização não tenha sido especificado.

Percebe-se que neste universo APAE do Planalto Catarinense há somente psicólogas atuando, ou seja, prevalece o sexo feminino. Nota-se que este meio não é explorado ou não apresenta atuação de psicólogos do sexo masculino. Quanto à graduação o questionário permitiu vermos que no momento apenas uma psicóloga foi além da sua formação, ingressando em curso de pós-graduação. Como o objetivo do questionário não era identificar em profundidade a capacitação profissional e a formação dos profissionais da Psicologia nessas APAEs, não é possível afirmar que outras formações foram desenvolvidas, sejam elas mais informais ou até mesmo formais, como outras graduações. Mas chama a atenção o fato de somente uma profissional ter concluído pós-graduação

após a Graduação em psicóloga.

Para o Lhullier (2013, p. 10-22):

Dos psicólogos em exercício no Brasil, 88% são mulheres, segundo pesquisa que baseia livro do CFP. Isso porque o perfil das psicólogas traçado a partir de levantamento realizado por intermédio do Instituto Ethos revelou que dos (as) 232 mil profissionais em exercício no País, 88% são mulheres. Dessas: 76% têm entre 30 e 59 anos; e - O percentual das que têm até 29 anos é mais que o dobro das maiores de 60 - o que se explica em razão da expansão dos cursos de graduação em Psicologia.

Quanto ao tempo em que estas profissionais atuam na psicologia apurou-se o seguinte: até dois anos de atuação (duas psicólogas); entre dez e dezesseis anos de atuação (cinco psicólogas); e uma psicóloga acima de dezesseis anos atuando na área de Psicologia. Em relação ao tempo em que estas atuam na APAE, apurou-se o seguinte: até três anos na APAE são quatro psicólogas; até quinze anos na APAE são quatro psicólogas; e uma acima de quinze anos de atuação na APAE. Quanto ao tempo que estas atuam na área da Educação: até cinco anos são três psicólogas; de seis a dez anos são duas psicólogas; de onze a quinze anos são outras duas psicólogas; e uma considera que não atua na área de Educação. E quanto a carga horária de trabalho o questionário apontou o seguinte: até 20h semanais para três psicólogas; até 32h para outras três psicólogas; e com 40h para outras três profissionais da Psicologia na APAE.

Quanto ao tempo de atuação destas profissionais na psicologia, percebe-se que há uma predominância de psicólogas a mais de 10 anos atuando na área. Tal fato se reflete também no tempo de atuação destas profissionais junto às APAEs. Caberia uma exploração maior em relação à carga horária dessas profissionais nas APAEs, que vai de 8h a 40h, na tentativa de entender se os motivos estão relacionados às demandas das próprias APAEs ou pelo fato destas profissionais priorizarem a atuação em consultórios próprios ou clínicas particulares ou ainda outras atividades que complementem seus rendimentos financeiros.

Quanto às atividades desempenhadas dentro da APAE todas as psicólogas realizam atendimentos clínicos individualizados com alunos e familiares. Em relação à avaliação psicológica há apenas três psicólogas que atendem a esta demanda. Quando questionadas se além da APAE trabalham em outro local o questionário evidenciou que cinco psicólogas atuam em clínica ou consultório; uma na área da saúde; enquanto três psicólogas atuam somente na APAE. E em relação a abordagem teórica utilizada, oito trabalham com a Terapia Cognitivo-Comportamental e uma não especificou a abordagem teórica. E como profissional da Psicologia a área de atuação destas psicólogas obtivemos: psicologia escolar e educacional há seis atuando; e outras três que além da APAE atuam na psicologia da saúde.

Em relação aos atendimentos dentro da APAE nota-se que há uma predominância nos atendimentos clínicos individuais e estes estendem-se aos familiares diante da necessidade de acolher estas famílias e orientá-las a fim de colaborarem no processo de

acolhimento e manejo para com seus filhos. Outro fato observado dentro da APAE com as profissionais da Psicologia é em relação a abordagem utilizada, onde dentre as nove psicólogas participantes, oito atuam com a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), pois a formação em psicologia é tão generalista, mas neste universo APAE da região Planalto Catarinense restringe-se mais na TCC, uma vez que o público alvo da APAE são alunos que apresentação deficiência intelectual e alterações comportamentais.

Para a Unidade Central de Educação Faem Faculdade – UCEFF (2020, p. 3):

Para os teóricos da terapia cognitivo-comportamental (TCC), os pensamentos estão intimamente relacionados à como as pessoas vivem e aos sofrimentos emocionais que elas têm. Por isso, o psicólogo da TCC não foca apenas na modificação de comportamentos, mas de padrões de pensamento que estão na origem deles.

Quando questionadas se estão ou se percebem capacitadas para atender a todas as demandas de Psicologia da APAE, quatro psicólogas dizem estar capacitadas, duas admitem que ainda não se sentem capacitadas para atender a todas as demandas, enquanto três admitem que necessitam de maior aprendizagem, pois no momento conseguem atender as demandas de forma parcial, tendo como maior dificuldade ainda uma busca maior em conhecer o Transtorno do Espectro Autista.

Buscando conhecer como estes alunos chegam até a APAE obtivemos o seguinte: seis psicólogas apontaram que estes vêm por indicação da escola e família; e três psicólogas apontaram que estes vêm por indicação médica. Em relação à maneira como as psicólogas desenvolvem as atividades na APAE obtivemos: seis psicólogas responderam que realizam atendimentos individuais ou em grupo e familiar; três relataram que realizam a emissão de laudos, relatórios e pareceres. Mas vale ressaltar que os trabalhos de todas estas profissionais da psicologia estão envolvidos no acolhimento e escuta, logo, o foco está no atendimento aos alunos e estendendo estes aos familiares que são peças chaves no processo de desenvolvimento dos alunos.

Considera-se que as famílias são multiplicadoras dentro do processo de inclusão, reabilitação e autonomia, uma vez que o ambiente familiar é a extensão da APAE e este propicia a continuidade dos comandos, atividades e técnicas empregadas com os alunos.

Quanto aos desafios impostos pela pandemia da Covid-19, quatro psicólogas apresentaram dificuldades para lidar com o sistema remoto, pois no formato presencial que até então era costumeiro propiciava o tato, a proximidade facilitando o processo do ensinar, ou seja, a proximidade era um aliado que agregava o ensinar. Já no formato online três psicólogas relataram dificuldades em lidar com a tecnologia, ter habilidades para lidar com o mundo digital e outras duas psicólogas relatam a dificuldade apresentada por parte das famílias em acessar as plataformas digitais ou até mesmo ter acesso à internet ou aparelho compatível para as referidas aulas. Quando estas psicólogas foram questionadas a responder o que mais prejudicou o seu trabalho durante a pandemia, quatro relataram

como maior problema os relacionados à Tecnologia, duas com dificuldades ou problemas de logística e três com medo da contaminação.

Para Nobrega e Oliveira (2021, p. 8):

Além da precariedade estrutura tecnológica e das dificuldades de acesso dos usuários, outro problema aqui pode ser destacado, é a falta de habilidades digitais dos professores. Muitos tiveram inúmeras dificuldades, mas a principal era a falta de habilidade e de experiência com as tecnologias.

Diante da pandemia o que mais causou desconforto nesse período: seis psicólogas afirmam que o distanciamento e isolamento foram um grande desafio; duas sentiram desconforto pela falta do contato físico, do tato e do abraço; e uma psicóloga relata que seu maior desconforto foi em se reinventar tanto como profissional como também para definir o método a ser aplicado diante da pandemia. Fica evidenciado o quanto foi desafiador atuar na pandemia e mais ainda a necessidade do convívio e proximidade das pessoas, uma vez que o cenário não se apresentava favorável para a presença e a convivência com as pessoas.

Quando questionadas em relação à sua saúde mental, duas dizem ter desencadeado ansiedade e/ou mudança de humor; cinco relataram que mesmo diante da pandemia a saúde mental pode ser considerada boa, embora inicialmente sofreu pequenos impactos em sua saúde mental; e duas afirmam que não tiveram sua saúde mental comprometida. O cenário pandêmico mostra que houve interferência nas relações destas psicólogas e de alguma forma algum impacto psicológico, conforma aponta a literatura.

Para Schmidt *et al.* (2020, p. 8):

Ainda que não atuem na linha de frente ou que precisem se afastar dessa atuação temporariamente, profissionais da saúde podem apresentar sofrimento psicológico em contextos de emergências de saúde (Brooks *et al.*, 2020 & Li *et al.*, 2020b). Nesse sentido, destaca-se o fenômeno da “traumatização vicária”, também denominado “traumatização secundária”, em que pessoas que não sofreram diretamente um trauma passam a apresentar sintomas psicológicos decorrentes da empatia por quem o sofreu.

Quanto a importância do trabalho da Psicologia Escolar e Educacional na APAE, quatro psicólogas consideram a Psicologia Escolar e Educacional fundamental nas APAEs para ajudar os alunos através das intervenções e ofertar suporte ao aluno e aos familiares; duas psicólogas consideram que a avaliação é de suma importância junto aos alunos; duas psicólogas veem o papel da Psicologia Escolar e Educacional como mediadora na resolução de conflitos; e por fim uma psicóloga relata que o papel da Psicologia Escolar e Educacional é muito significativa, pois o isolamento social acabou trazendo inúmeros prejuízos em relação ao desempenho acadêmico e emocional.

Há concordância de todas as psicólogas que a Psicologia Escolar e Educacional na APAE é de extrema importância, sendo uma facilitadora nos processos da aprendizagem, quer seja dando suporte aos alunos ou à docência, quer seja acolhendo o aluno ou

um familiar. O trabalho multidisciplinar vem agregar com a instituição por meio de uma equipe formada por diversos profissionais com habilidades e técnicas que objetivam um trabalho mais humanizado e esse trabalho aproxima os profissionais e também os alunos na busca por uma educação e ensino de qualidade, pois esta equipe objetiva através de procedimentos educacionais dar continuidade nos serviços, não só dos professores, mas como os dos demais membros da equipe.

Quando questionadas se elas acreditam que o profissional da Psicologia Escolar e Educacional pode contribuir no processo de Educação Inclusiva, duas psicólogas acreditam que o processo de inclusão proporciona uma melhor qualidade de vida aos alunos, bem como promovem sua independência e desenvolvem potencialidades; três psicólogas veem o psicólogo Escolar como um suporte das famílias, ajudando-as através de orientações e o quanto é importante a estimulação em casa também; outras duas psicólogas veem a Psicologia Escolar e Educacional como um agente de mudanças junto à sociedade, principalmente na preparação do aluno para o mercado de trabalho; e outras duas acreditam que o trabalho do psicólogo que atua nesta área é em relação ao diagnóstico e orientações.

Através de um olhar mais generalista observa-se que a Psicologia Escolar e Educacional pode trazer contribuições relevantes junto a Educação Inclusiva, a qual visa orientar alunos e familiares, potencializar habilidades e promover mudanças no sentido de dar-lhes mais independência e autonomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo buscou-se investigar a atuação da Psicologia Escolar e Educacional da APAE durante a pandemia, tendo como foco de estudo as profissionais das doze APAEs que compõem a região do Planalto Catarinense. Em resposta ao objetivo proposto compreende-se que a Psicologia Escolar e Educacional nas APAEs do Planalto Catarinense tem grande representatividade e importância neste cenário e diante da pandemia considera-se relevante sua atuação, pois seu olhar humanizado e acolhedor serve de apoio não só aos alunos e familiares, mas também ao corpo docente e demais participantes destas Instituições. Mesmo diante da pandemia e inúmeras adversidades como o isolamento, novos métodos de ensino, uso de novas plataformas e/ou tecnologias, as profissionais da Psicologia buscaram realizar um trabalho de excelência, destacando-se pela resiliência e capacidade adaptativa frente as dificuldades apresentadas.

Diante de um cenário novo e ainda em adaptação julga-se necessário que outras pesquisas possam explorar outras temáticas aqui evidenciadas, como as formações e competências das profissionais da Psicologia que atuam nas APAEs; a prevalência de profissionais do sexo feminino; se além da Psicologia possuem outra graduação e por quais motivos isso se torna necessário; como está a saúde mental desses profissionais durante a pandemia; as dificuldades encontradas no cotidiano de acordo com outros contextos

culturais e regionais do território brasileiro; e ainda se a atuação e o foco de estudos e formação está mais direcionado para a prática clínica em consultórios particulares ou nas APAEs.

Conhecer a atuação do Psicólogo Escolar e Educacional nas APAEs do Planalto Catarinense durante a pandemia foi desafiador, por encontrar um cenário desfavorável voltado ao distanciamento em prol da saúde e pouco referencial bibliográfico sobre a pandemia. Mas, sabendo-se da importância desse trabalho com esse público, torna-se fundamental nesse momento investigar e compartilhar informações sobre as práticas de profissionais de Psicologia nesse contexto das APAEs, uma vez que mesmo durante a pandemia esse serviço educacional que é fundamental para a sociedade se manteve ativo e atuante e seus profissionais necessitam de condições materiais, teóricas, técnicas e principalmente um cuidado humanizado para realizar o seu trabalho exemplar.

REFERÊNCIAS

Antunes, M. A. M. (2008). Psicologia Escolar e Educacional: história, compromissos e perspectivas. *Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRABEE)*, 12(2), 469-475, jul./dez.

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE Curitibanos. (2019). *Relatório de Atividades 2019*. Centro de Atendimento Educacional Especializado em Educação Especial “Hugo Miguel Sulzbach” Centro de Atendimento Multidisciplinar – Reabilitação em Saúde.

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – ES. (2020). *Cuidados com a pessoa com deficiência em tempos de pandemia*. Recuperado de: <https://www.apaees.org.br/noticias/detalhe/cuidados-com-a-pessoa-com-deficiencia-em-tempos-de-pandemia>.

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – Rio do Sul S/C. (2021). *Trabalho da APAE na pandemia*. Recuperado de: <http://rbatv.com.br/noticia/trabalho-da-apae-na-pandemia-31685>.

Brasil. (2020). *Portaria n. 343, de 17 de março de 2020*. Dispõe sobre a substituição de aulas presenciais por aulas em meios digitais enquanto durar a situação de pandemia do Novo Coronavírus-COVID-19. Recuperado em 30 de outubro de 2020, de <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-343-de-17-de-marco-de-2020-248564376>.

Camargo, N. C., & Carneiro, P. B. (2020). *Potências e desafios da atuação em Psicologia Escolar na Pandemia de Covid-19*. Recuperado de: <https://cadernosdepsicologias.crppr.org.br/potencias-e-desafios-da-atuacao-em-psicologia-escolar-na-pandemia-de-covid-19/>.

Coll, C. (2004). Concepções e Tendências Atuais em Psicologia da Educação. In: Coll, C.; Marchesi, Álvaro; Palácios, Jesús. *Desenvolvimento Psicológico e Educação. Psicologia da Educação Escolar*. vol. II.(2. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Federação das APAES do Espírito Santo – ES. (2020). *Educação a Distância na pandemia: o jeito muda, mas o aprendizado continua*. Recuperado de: <https://apaees.org.br/noticias/detalhe/educacao-a-distancia-na-pandemia-o-jeito-muda-mas-o-aprendizado-continua>.

Feigel, G. L. R., Campos, C. A., & Zatti, F. (2021). A Atuação do Psicólogo Escolar na Educação Básica: possibilidades de intervenção no contexto da pandemia. In: Adams, C. A., Oliveira, V. F., & Adams, A. (Orgs.). *Reflexões psicológicas em tempos de pandemia*. 2, 79-98.

Lando, Felipe. Pesquisa exploratória, descritiva ou explicativa. 2020. Disponível em: <https://www.academicapesquisa.com.br/post/pesquisa-exploratoria-descritiva-explicativa>. Acesso em: 30/11/2021.

Lhullier, L. A. (Org.). (2013). *Quem é a Psicóloga brasileira? Mulher, Psicologia e Trabalho* / Conselho Federal de Psicologia. - Brasília: CFP, 2013.157p.

Machado, Amália. O que é Pesquisa Qualitativa? Disponível em: <https://www.academicapesquisa.com.br/post/o-que-%C3%A9-pesquisa-qualitativa>. Acesso em: 30/11/2021.

Machado Júnior, L. B. S., Paiva, F. S., Vicentin, S. M., Santos, A. F., Oliveira, F. I., Silva, J. A., Bozzo, M. C., & Rissonio, (2015). S. As dificuldades de aprendizagem e as práticas em psicologia escolar/ educacional. *Travessias*, Cascavel, 9(1). Recuperado de: <https://e-revista.unioeste.br/index.php/travessias/article/view/11258>.

Martinez. A. M. (2009). Psicologia escolar e educacional: compromissos com a educação brasileira. *Psicol. Esc. Educ.*, 13(1).

Mattos, L. K. de, & Nuernberg, A. H. (2010). A intervenção do psicólogo em contextos de educação especial na grande Florianópolis. *Rev. Bras. Educ. Espec.*, 16(2).

Nobrega, L., & Oliveira, F. L. (2021). *Os desafios da educação remota em tempos de isolamento social*. Recuperado de: <https://educacaopublica.cecierj.edu.br/artigos/21/14/os-desafios-da-educacao-remota-em-tempos-de-isolamento-social>.

Sant'ana, I. M. (2011). *Contribuições da atuação do psicólogo escolar na educação inclusiva: concepções de professores e diretores*. Recuperado de: https://ufsj.edu.br/portal2-repositorio/File/vertentes/v.%2019%20n.%202/izabella_Mendes.pdf.

Saquetto, D. J. (2008). *Os significados e sentidos atribuídos ao papel do psicólogo escolar, por parte daqueles que atuam na APAE: uma construção cercada de equívocos*. Recuperado de: <https://periodicos.ufam.edu.br>.

Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020).

Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). *Estud. Psicol.*, 37.

Unidade Central de Educação Faem Faculdade. (2020). *Quais são as 4 principais abordagens da psicologia?* Recuperado de: <https://blog.uceff.edu.br/quais-sao-as-4-principais-abordagens-da-psicologia/>.

Zanini, C. (2021). *O ensino híbrido no cenário da educação especial inclusiva*. Recuperado de: <https://diversa.org.br/artigos/o-ensino-hibrido-no-cenario-da-educacao-especial-inclusiva/>.

APÊNDICE

A atuação da Psicologia Escolar e Educacional na APAE durante a pandemia

Prezado Psicólogo da APAE. Você está recebendo um questionário via Google Forms a fim de conhecer melhor seu trabalho na APAE, atividades desempenhadas e formação profissional. Esta pesquisa possui como objetivo investigar o modo de atuação da psicologia escolar e educacional na APAE durante a pandemia. Para atingir esse objetivo buscar-se-á aplicar um questionário estruturado online para profissionais da Psicologia que atuam nestas 12 APAES da Região do Planalto Catarinense.

Questões sobre a sua atuação na APAE

Prezada (o) Psicóloga (o), através deste questionário traga suas contribuições de acordo suas vivências e experiências compartilhas neste universo APAE.

Sexo Biológico

Feminino

Masculino

Idade

Tempo de Formação como psicólogo (a)?

Escolaridade (Graduação, Especialização, Mestrado, Doutorado)

Graduação

Curso de especialização

Mestrado

Doutorado

Pós-Doutorado

Outros

Atua na Psicologia há quanto tempo?

Atua na APAE há quanto tempo?

Há quanto tempo trabalha na área da Educação?

Qual sua carga horária diária/semanal?

Que atividades você desempenha dentro da APAE? Descreva de maneira resumida que atividades são essas.

Além da APAE, você trabalha em outro (s) local (is)? Qual (is)?

Você utiliza alguma abordagem teórica no seu trabalho dentro da APAE? Qual abordagem é essa?

Como profissional da Psicologia você atua em quais áreas no momento?

- Psicologia Social
- Psicologia Escolar e Educacional
- Psicologia das Organizações e do Trabalho
- Psicologia Clínica
- Psicologia da Saúde
- Psicologia do Esporte
- Psicologia Jurídica
- Outra

Desde que você iniciou suas atividades na APAE, você buscou especializações relacionadas às pessoas com deficiências? Se sim, quais?

- Outra graduação
- Especialização ou MBA (pós-graduação lato sensu)
- Mestrado (pós-graduação stricto sensu)

Doutorado pós-graduação stricto sensu)

Você considera-se capacitado (a) para atender todas as demandas da Psicologia na APAE? Justifique sua resposta.

Quantos alunos com deficiência auditiva, visual, intelectual, física, com transtorno global do desenvolvimento, autismo e/ou altas habilidades/Superdotação, você atende em seu serviço? Elas estão matriculadas nas escolas regulares?

Como esses alunos chegam até você?

Através da escola

Família (

Apontamentos de professores

Encaminhamento Médico

Outras Instituições

Outros encaminhamentos

Qual é o seu papel ao atender esse público? Você faz avaliações, diagnósticos, laudos, atendimentos individuais, familiares, entre outros? Descreva brevemente como você desenvolve essas atividades.

A pandemia fez com que muitos profissionais se reinventassem. O que foi mais desafiador para você no contexto das demandas da APAE durante a pandemia da covid- 19, o novo coronavírus?

Dentre as maiores dificuldades encontradas durante a pandemia, assinale abaixo aquelas que de alguma maneira podem ter dificultado ou prejudicado o seu trabalho:

Problema de Saúde

Problemas de Logística

- Problemas relacionados à Tecnologia
- Motivação
- Problemas pessoais Medo da contaminação
- Outros (Quais)?

O que mais costuma te motivar no seu trabalho dentro da APAE?

O isolamento, o distanciamento e as demais medidas adotadas em prol da saúde durante a pandemia têm lhe causado algum desconforto? Se sim, quais medidas?

Como você avalia a sua saúde mental nesse momento de pandemia? Justifique sua resposta.

Como você vê a importância do trabalho da Psicologia Escolar e Educacional na APAE? Justifique sua resposta.

Você acredita que o psicólogo Escolar e Educacional pode contribuir no processo de educação inclusiva? Se sim, de que maneira?

Muito obrigado pela sua participação!

Caso queira uma devolutiva desta pesquisa, peço que digite seu e-mail no espaço abaixo. Para maiores esclarecimentos deixo meu contato telefônico (Whatsapp), (49) 9910806547 (Eudemir), ou então fique a vontade para me procurar através do e-mail eudemir@uniplaclages.edu.br

Digite abaixo seu e-mail caso queira receber uma devolutiva desse questionário. Agradecemos a sua atenção!



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
(Resolução 466/2012CNS/CONEP)

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada “*A atuação da Psicologia Escolar e Educacional na APAE durante a pandemia*”. *Um tema atual que desafia os profissionais da psicologia a se reinventarem diante de um novo cenário acometido pela pandemia mundial, com o compromisso de manter e inovar a qualidade de ensino e consequentemente do aprendizado.*

Tal pesquisa é voltada a disciplina de graduação do Estágio em Psicologia e Processos Educacionais da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC. O estudo tem a participação do graduando Eudemir Luis Karpinski, sob orientação do Professor Gabriel Lopes Rosa Feigel. A pesquisa tem como objetivo: investigar o modo de atuação da psicologia escolar e educacional na APAE durante a pandemia. Para atingir esse objetivo buscar-se-á aplicar um questionário estruturado online para profissionais da Psicologia que atuam nestas APAES da região do planalto catarinense na qual investigar-se-á as práticas dos psicólogos nas APAEs durante a pandemia. Como objetivos específicos teremos: 1 - Investigar como é a atuação da Psicologia de maneira geral nas APAEs; 2 - Investigar práticas da psicologia escolar e educacional na APAE; 3 - Investigar como estão sendo atendidas as demandas existentes, e os desafios ocasionadas pela pandemia do Covid 19.

A participação nesta pesquisa é voluntária e não remunerada, não envolvendo nenhum tipo de recompensa financeira. A única identificação solicitada ao longo do estudo é o seu e-mail e/ou contato telefônico. É garantido o seu direito de recusar a participação, bem como de interrompê-la a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a você. Os resultados globais deste estudo serão posteriormente apresentados em congressos e/ou publicações científicas, resguardando o anonimato de todos os participantes. Os dados individuais fornecidos não serão objeto de divulgação. Possíveis dúvidas podem ser esclarecidas antes e durante o curso do estudo. Os procedimentos metodológicos que

serão adotados obedecerão aos preceitos éticos implicados em pesquisas envolvendo seres humanos nas ciências humanas e sociais, conforme normatização da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Ao concordar em participar da pesquisa, você declara que está de acordo com este termo e que está ciente: a) da liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como do seu direito de deixar de participar do estudo, sem que isto traga qualquer prejuízo; b) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa; c) da segurança de que não haverá divulgação de dados pessoais e que se manterá o caráter confidencial das informações registradas; d) que as informações fornecidas serão arquivadas sem identificação pessoal junto ao banco de dados do pesquisador responsável na Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, durante cinco anos, e após este período serão apagadas; e) de que está ciente que eventuais riscos aos quais possa estar exposto (a) em decorrência da participação na presente pesquisa restringem-se às reflexões acerca da temática, sendo que tais riscos se justificam e se anulam diante da importância da pesquisa para o processo de produção de conhecimento científico; e f) de que lhe é assegurada a garantia de indenização no caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está escrito em duas vias, sendo que uma via será fornecida a cada participante e a outra ficará com o pesquisador.

Considerando que a proposta foi apresentada e que as dúvidas foram sanadas, solicito o seu consentimento livre e espontâneo, expressando a sua participação neste estudo. Caso você concorde em participar, basta clicar na opção “Concordo”, sendo que terá, então, acesso ao restante dos instrumentos. Caso não concorde em participar, você deverá clicar na opção “Não concordo”, e a pesquisa será encerrada automaticamente. Agradecemos, antecipadamente, pela sua colaboração!

() Concordo () Não concordo

Eu, _____, RG _____, li este documento e obtive todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido e optar por livre e espontânea vontade participar desta pesquisa. Declaro, portanto, que concordo em participar deste estudo.

Data: ____ _.

Nome do participante: _____.

Assinatura do participante: _____.

Pesquisador responsável: *Gabriel Lopes Rosa Feigel* - CRP 12/12268 Assinatura do pesquisador: _____.



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde -
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Atuação da Psicologia Escolar e Educacional na Apae durante a Pandemia			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 12			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: GABRIEL LOPES ROSA FEIGEL			
6. CPF: 056.344.279-40		7. Endereço (Rua, n.º): PIAUI 161 SAO CRISTOVAO Apto 104 LAGES SANTA CATARINA 88509170	
8. Nacionalidade :BRASILEIRO	9. Telefone: 48999596536	10. Outro Telefone:	11. Email: gabriel.feigel@ gmail.com
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo -me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: __/__/____ _Assinatura_____			
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade do Planalto Catarinense -UNIPLAC		13. CNPJ: 84.953.579/0001-05	14. Unidade/Órgão:
15. Telefone:		16. Outro Telefone:	
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: _ CPF: _			
Cargo/Função: _			
Data: __/__/____ _Assinatura_____			
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

AS SEQUELAS DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DO ADULTO

Data de aceite: 02/10/2023

Nelita Aparecida Da Costa Amarante

Priscila Schneider

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade do Planalto Catarinense- UNIPLAC, como requisito parcial para a obtenção do título de graduado em Psicologia. Orientador: Priscila Schneider

RESUMO: A pandemia da COVID-19 trouxe para a sociedade diversos medos, inseguranças, mudanças na forma de vivenciar as emoções, preocupações com relação a saúde, segurança, tais questionamentos afetam a saúde mental, sobretudo no adulto acometido por este vírus. Esta pesquisa tem como objetivo caracterizar a vivência da paciente após sequelas da COVID que afetam a sua saúde mental. E especificamente busca verificar as consequências do covid-19 na vida diária; identificar as alterações cognitivas relacionadas as sequelas recorrentes de covid-19; identificar as vivencias emocionais relacionadas as sequelas recorrentes do covid-19; verificar as ocorrências de transtornos mentais na paciente acometida

pela covid-19. O seguinte estudo classifica-se como uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória e de campo, na qual foi realizada entrevista com paciente adulta acometida pelo vírus na cidade de Lages SC. Foi realizada análise de conteúdo temática dos dados coletados na entrevista. Os resultados obtidos através do presente estudo, evidenciam as mudanças na vida diária, com perdas significativas na cognição na funcionalidade, na forma de vivenciar as emoções e no convívio social intensificando quadros clínicos com agravos na saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; Psicólogo; Saúde Mental; Reabilitação.

ABSTRACT: The pandemic of COVID-19 brought to society various fears, insecurities and, above all, changes in routine, and with such changes and insecurities come problems that affect mental health, especially in the group of adults who ended up being affected by this virus. This research aims to characterize the experience of patients after sequelae of COVID that affect their mental health. Specifically, it seeks to verify the consequences of covid-19 in daily life; to identify cognitive changes related to the recurrent sequelae of covid-19; to identify

the emotional experiences related to the recurrent sequelae of covid-19; and to verify the occurrences of mental disorders in patients who were affected by covid-19. The following study is classified as a qualitative, descriptive, exploratory field research, in which interviews will be conducted with adults who were affected by the virus in the city of Lages-SC. Thematic content analysis of the data collected in the interviews will be carried out. It is expected to obtain among the results of this study, from the assumptions of the research, sequels related to mental disorders especially in people who already had a history of mental disorders prior to being affected by COVID.

KEYWORDS: COVID-19; Psychologist; Mental Health; Rehabilitation.

1 | INTRODUÇÃO

Quando se fala em saúde mental, as pessoas acabam não sabendo como, quando e com quem falar e, até mesmo, vira um tabu. Tais desinformações acerca desse assunto podem não apenas deixar marcas severas como também podem se tornar algo grave ao longo do tempo.

No período da pandemia por COVID-19 as preocupações decorrentes da doença, apontam problemas de ordem psíquica e emocional atrapalhando o bem-estar e a saúde dos indivíduos. Tal pandemia se tornou preocupante, pois além de se tratar de uma doença contagiosa, a falta de informações corretas, e a melhor maneira no manejo dos cuidados a serem seguidos, trouxe dúvidas de como e quando tudo se resolveria, quais os rumos da ciência, o que era verdade e o que era mentira e todos esses processos, podem aumentar ansiedades, estresse, medo de um novo contágio, trazendo ao indivíduo problemas de ordem psicológica que demandam um tratamento profissional adequado (REIS 2020).

É preciso considerar o momento de vida e o quanto o contágio interferiu ou não na sua vivência diária. Toda essa problemática, pode culminar em problemas na saúde mental do indivíduo, exigindo assim, intervenção de uma equipe multidisciplinar especializada para reabilitação para que possa retornar sua rotina de forma mais adaptativa.

Diante dessas questões sobre a COVID-19, faz-se importante que estudos sejam realizados com foco na saúde mental no período pós-covid-19 com pessoas acometidas pelo vírus, visto que tal pandemia, além de seus problemas relacionados a saúde física e mental da população, causou mudanças severas na vida das pessoas e exigiu uma adequação rápida.

Diante da problemática, é importante pesquisar as sequelas da covid no adulto, com objetivo de caracterizar as vivências da paciente após sequelas de covid que afetam sua saúde mental, partindo dos dados coletados por entrevista realizada com paciente em reabilitação no Serviço Especializado em Reabilitação-SER.

- Verificar as consequências da covid-19 na vida diária.
- Identificar as alterações cognitivas relacionadas as sequelas recorrentes de covid-19.

- Identificar as vivências emocionais relacionadas as sequelas da covid-19.
- Verificar as ocorrências de transtornos mentais por covid-19.

O estudo de caso justifica-se pela possibilidade de aprofundar a compreensão a respeito da saúde mental de paciente pós-covid 19.

As sequelas podem trazer um desequilíbrio comportamental e uma sobrecarga emocional, e, ainda levar ao desenvolvimento de transtornos de ansiedade, depressão, síndrome do pânico, transtornos de estresse pós-traumático, transtornos de humor.

Tais respostas podem auxiliar outros pacientes que passaram por esse momento a vivenciar de forma mais adaptativa, com mais conhecimento e informação.

A COVID LONGA

A COVID longa é caracterizada por condições multisistêmicas que apresentam sintomas como fadiga, falta de ar, tosse dor no peito, palpitações cardíacas, febre, dor de cabeça dores musculares, complicações gastrointestinais, perda de paladar e olfato. A nível cognitivo pode apresentar, transtorno de estresse pós-traumático, de ansiedade e depressão (FILHO E LIMA 2021).

DADOS DA COVID 19 NIVEL MUNDIAL		
Casos confirmados	Casos recuperados	Óbitos confirmados
635.229.101	300.681.803	6.602.552

DADOS DA COVID 19 NIVEL BRASIL

Casos confirmados	Casos recuperados	Em acompanhamento	Óbitos confirmados
35.227.59	34.235.867	302.067	689.665
Casos novos	Incidência		Letalidade 2%
39.013	16763,3		Mortalidade 328,2

DADOS DA COVID 19 A NIVEL DE SANTA CATARINA

Casos confirmados	Pacientes recuperados	Casos ativos	Óbitos 2
1.894.934	1.865.950	6.553	22.431
Taxa de Incidência			
26.128,0			

DADOS DA COVID 19 A NIVEL DE LAGES SC

Casos Confirmados	Óbitos Recuperados	Recuperados	Ativos
43037	606	42316	115

Fonte: Corona vírus boletim epidemiológico, atualizado 20 novembro de 2022

2 | REVISÃO TEÓRICA

A COVID-19 (da sigla em inglês *Coronavirus Disease 2019*) é uma infecção respiratória causada pelo Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) (SCHUMANN et al., 2020).

A identificação desta doença ocorreu em dezembro de 2019, quando houve um surto de pneumonia que envolviam pessoas que tinham alguma relação com o Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Wuhan e, após isso, foi classificada como epidemia (SIFUENTES-RODRIGUEZ; PALACIOS-REYES, 2020).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apenas reconheceu tal pandemia em 11 de março de 2020. No Brasil, o primeiro registro dessa doença foi confirmado em 26 de fevereiro do mesmo ano, sendo registrados 30,2 milhões de casos e causando 662 mil mortes até 11 de abril de 2022 (OMS, 2022).

A COVID-19 foi registrado em mais de 180 países e, desde que se tornou pandemia, vem preocupando as maiores autoridades governamentais as quais, muitas vezes, buscam adotar estratégias com o objetivo de diminuir a progressão da doença (KRAEMER et al., 2020).

A transmissão ocorre através de gotículas emitidas pelas pessoas por meio da saliva, espirro, tosse, catarro, contato oral, nariz ou olhos ou com o contato com superfícies contaminadas (OMS, 2022).

Como, inicialmente, as informações sobre tal doença eram escassas, a OMS trouxe algumas recomendações para que pudesse haver uma diminuição na taxa de transmissão e contaminação. As primeiras medidas foram as não farmacológicas (INF) que incluíam lavagem das mãos, uso de máscara e distanciamento social (medidas individuais). Quando relacionadas ao ambiente, foram trazidas medidas de limpeza rotineira de ambientes e superfícies e, medidas comunitárias que incluíram restrição ou proibição do funcionamento de instituições de ensino, ambientes de convívio comunitário, transporte público e outros espaços que pudessem ocasionar aglomeração de pessoas (GARCIA; DUARTE, 2020).

Com o *lockdown* instaurado no Brasil pelos governos estaduais, muitos ambientes foram fechados e algumas atividades começaram a serem desenvolvidas de maneira a distância, *home office*. Apesar das diversas críticas a tais medidas de restrição, esta foi uma das únicas formas iniciais de possibilitar um achatamento na curva de transmissão do coronavírus, mas, tais medidas, também trouxeram algumas mudanças drásticas nos estilos de vida e saúde das pessoas (AHMED et al., 2020).

Em relação aos estilos de vida, a restrição social pode levar a uma redução importante nos níveis de atividade física de intensidade moderada a vigorosa, e no aumento de tempo em comportamento sedentário. Nos Estados Unidos, observou-se um aumento no hábito de assistir à televisão (TV) e internet entre adultos durante a pandemia. Resultados semelhantes foram identificados na Itália e na Espanha, tanto na participação em transmissões ao vivo, pelas redes sociais, quanto no aumento na instalação de aplicativos de programação de TV (MALTA et al., 2020, p. 2).

Além das medidas tomadas para haver o isolamento social e, assim, a baixa transmissão e contaminação do vírus, as pessoas contaminadas ou com suspeita de contrair o vírus precisavam cumprir um período de quarentena de catorze dias, tempo em que o vírus ficava incubado (OLIVEIRA, 2020).

Após a proliferação da vacina, mesmo diante de diversas ideias contrárias e conturbadas sobre tal, ainda é a forma mais segura de prevenção, visto que, desde que as vacinações começaram a serem realizadas, bem como o número de doses tomadas, o número de casos vem, aos poucos, diminuindo, bem como os casos graves e óbitos. Salvo exceções (FRENCK et al., 2021).

A adoção bem-sucedida de restrição social como medida de Saúde Pública traz comprovados benefícios à redução da taxa de transmissão da COVID-19; entretanto, efeitos negativos, associados a essa restrição, poderão ter consequências para a saúde, no médio e longo prazo. Portanto, espera-se das ações de Saúde Pública, também, uma capacidade de minimizar os efeitos adversos da restrição social prolongada (MALTA et al., 2020, p. 2).

Lima (et al., 2020) afirma que todo esse cenário de avalanche tanto da pandemia quanto de informações desconstruídas proporcionam um ambiente favorável nos comportamentos humanos, sobretudo na Saúde Mental dos indivíduos.

2.1 AS SEQUELAS DA COVID19 NA ROTINA DIÁRIA

Devido aos diversos problemas trazidos pela COVID-19 e o isolamento social, muito se tem preocupado com a Saúde Mental (SM) (OMS, 2020). Como é uma crise de saúde mundial, no Brasil os impactos não são diferentes e, no Brasil, tais impactos psicológicos e sociais variam entre níveis de intensidade e gravidade (FIOCRUZ, 2020).

Diante disso, no período da pandemia, o medo ficou evidente e, assim, impulsionou os níveis de estresse e ansiedade em pessoas até então saudáveis, bem como em pessoas com transtornos mentais já existentes (RAMÍREZ-ORTIZ et al., 2020).

A pandemia de coronavírus tem atravessado todo o tecido social, não poupando praticamente nenhuma área da vida coletiva ou individual, com repercussões na esfera da saúde mental. Em situações de epidemia, o número de pessoas psicologicamente afetadas costuma ser maior que o de pessoas acometidas pela infecção, sendo estimado que um terço a metade da população possa apresentar consequências psicológicas e psiquiátricas caso não recebam cuidados adequados (LIMA, 2020, p. 1).

Pacientes que contraíram a COVID-19, independente do grau em que se encontravam, ou ficaram em suspeita de contrair, experimentaram diversos tipos de emoções e comportamentos, além de se sentirem culpados, amedrontados, melancólicos, raivosos, ansiosos, com dificuldade para dormir, entre outros fatores que podem acabar se tornando transtornos como ataques de pânico, Estresse Pós-Traumático (TEPT), sintomas psicóticos, depressão e, até mesmo, levar ao suicídio. Em caso de pacientes em situação de internamento ou isolamento hospitalar tais estresses podem ser mais graves e gerarem problemas maiores (SHIGEMURA et al., 2020).

Apesar de visualizar a sociedade como um todo, ressalta-se também que os profissionais, sobretudo da área da saúde, os quais foram afetados pela disseminação da doença, dentro dos hospitais, também tiveram impactos no estado mental, além, é claro, de outros setores que foram atingidos diretamente por tal pandemia.

O estado mental dos profissionais de saúde (e outros que estão ao seu lado, como motoristas, seguranças e trabalhadores da limpeza) é motivo de preocupação especial nos documentos, devido a fatores como a pressão, estresse e burnout ligados às longas horas de trabalho, ao manejo de casos graves e ao medo da contaminação e da morte, somados à distância da família e ao risco de ser estigmatizado ou hostilizado em sua vizinhança como potenciais transmissores do coronavírus (LIMA, 2020, p. 3).

Apesar da necessidade e da eficácia do Isolamento Social, este tipo de medida tem diversos impactos na convivência e na saúde mental dos indivíduos. Entre os pontos que podem trazer um severo impacto estão: o afastamento de familiares e amigos, a dúvida na duração desta medida, acúmulo de tarefas, sobretudo em situações de ensino online e *home office*, medida adotada em boa parte das empresas para que continuasse funcionando (BROOKS et al., 2020).

É possível perceber que as estratégias prescritas têm ênfase preventiva, no sentido de produzir ou reforçar hábitos de autocuidado tidos como saudáveis, reduzindo os riscos de adoecimento mental, além de estimular uma ética comunitária que se considera escassa na vida das grandes cidades. É necessário refletir, contudo, se as recomendações, ou os próprios meios virtuais nos quais elas circulam, são adequadas a todos os territórios e classes sociais. Nas populações marginalizadas, as questões geradas pelo distanciamento e isolamento têm outros matizes. Nas favelas, a menor adesão ao “fique em casa” se liga a fatores como a distinta geografia urbana composta por vielas, becos e residências com poucos cômodos, grande aglomeração e condições sanitárias inadequadas; à necessidade de continuar trabalhando para se sustentar, dada a alta taxa de informalidade; e à “naturalização” do risco de vida, efeito da habituação a circular pela comunidade mesmo em dias de tiroteios e operações policiais (LIMA, 2020, p. 4).

Ramirez-Ortiz e colaboradores (2020) em sua pesquisa observaram diversos fatores que contribuem para a ansiedade e depressão em períodos de isolamento na pandemia. A falta de controle nesses momentos é constante, visto que muitos não conseguem visualizar o tempo que isso poderá levar. Tal incerteza, assim como os limites impostos pelas medidas

restritivas poderiam/puderam afetar os planos futuros drasticamente, além da separação do convívio com as pessoas e, assim, tornam-se propulsores do surgimento da ansiedade e/ou depressão.

2.2 AS SEQUELAS COGNITIVAS PÓS-COVID

Apesar de ser algo bastante recente, já existem estudos que trazem as sequelas cognitivas em pacientes que foram infectadas por COVID-19. Entre as pesquisas utilizadas aqui, a faixa de pessoas com sequelas na parte neurológica e cognitiva não são apenas as mais velhas, ou seja, em várias faixas etárias são possíveis encontrar problemas neurológicos e cognitivos (GONÇALVES; HAAS, 2021).

Estudos de Gonçalves, HAAS (2021) destacaram os problemas mais recorrentes que ocorreram como sequela da COVID-19, entre elas: problemas de memória, dor de cabeça, mialgia, encefalopatia, delírio, convulsões, neuropatia.

De acordo com Neves (2021), alguns testes para avaliação cognitiva demonstram que pessoas que ficaram com sequelas pós-covid tem o mesmo resultado que pessoas que tiveram Acidente Vascular Cerebral (AVC).

No estudo de Alemanno e colaboradores (2021) foi possível perceber que das pessoas que contraíram o vírus, mais da metade tiveram áreas de atenção, cálculo, memória e linguagem afetadas. O autor também ressalta que a idade dos pacientes estudados é algo que impacta, mas não é predominante.

Em caso de infecções severas pelo Sars-Cov-2, os problemas neurológicos são bastante graves, desenvolvendo até doenças cerebrovasculares. Além disso, pacientes em fases subagudas (até 3 meses de duração) de infecção apresentam maiores problemas cognitivos e neurológicos (GONÇALVES; HAAS, 2021).

As alterações cognitivas são frequentemente encontradas em doentes diagnosticados com COVID-19 meses após a alta hospitalar. A velocidade de processamento cognitivo mais lenta e a memória prejudicada podem interferir com o funcionamento da qualidade de vida destes pacientes. Assim, as intervenções de reabilitação cognitiva que visam aumentar a velocidade de processamento e a memória também devem ser consideradas. Por conseguinte, o acompanhamento a longo prazo dos défices neurológicos é um elemento essencial, juntamente com o acompanhamento iminente necessário da equipa de saúde de reabilitação (GONÇALVES; HAAS, 2021, p. 13).

Diante de tais fatores, é possível perceber o quanto a pandemia da COVID-19 trouxe diversos problemas para a saúde mental da população, tanto a médio quanto a longo prazo.

2.3 SEQUELAS EMOCIONAIS NO PÓS-COVID

Como já abordado em outros momentos do texto, a pandemia da COVID-19 tem evidenciado mudanças para as realidades e as vivências dos indivíduos, sobretudo aqueles que contraem o vírus e ficaram em situação de medidas restritivas mais severas (CULLEN

et al., 2020).

Apesar do foco na mídia em informar a população sobre os riscos, os cuidados e os avanços da medicina e da ciência com tal vírus e a pandemia, ainda não há uma preocupação mais eficiente sobre questões relacionadas aos cuidados com a saúde mental, visto que não se pode minimizar as repercussões psicológicas (FARO et al., 2020).

De acordo com a pesquisa de Faro e seus colaboradores (2020) a China publicou uma diretriz que traz novas abordagens para atenção psicológica no enfrentamento da COVID-19. Entre todos os níveis de atenção, o foco é intensificado aos grupos em fase de internação, mas também se expandindo a população.

Quanto aos cuidados emergenciais de atenção psicológica que foram propostos pela diretriz, o nível 1 tem prioridade porque nele se encontram, especialmente, as pessoas mais vulneráveis ao risco de adoecimento físico e mental. Além do tratamento medicamentoso, os cuidados recomendados a esse grupo se focam no apoio psicológico do paciente, com avaliação oportuna para condutas auto lesivas e risco de suicídio. Reforço das informações inerentes à importância do isolamento e encorajamento da confiança dos pacientes para a recuperação também são importantes nessa fase. Aos profissionais da linha de frente e equipe administrativa sugere-se, antes de se iniciarem os trabalhos, treinamentos e entrevistas preventivas focadas na gestão do estresse, regulação das emoções e encorajamento para a busca de ajuda psicológica diante da dificuldade de lidar com as emoções e a adversidade da situação (FARO, 2020, p. 9).

No Brasil, os psicólogos também têm se apresentado para auxiliar aqueles que foram afetados pela pandemia da COVID-19. Além dos atendimentos realizados em postos e clínicas que atendem o SUS, algumas intervenções e atendimentos também estão sendo realizados online. Tais medidas podem auxiliar na prevenção ou na redução de problemas psiquiátricos e psicológicos futuros (LIMA et al., 2020).

O atual cenário de potencial catástrofe em saúde mental – o que requer ainda mais atenção do poder público – só será devidamente conhecido após passado o período de pandemia. Portanto, esforços imediatos devem ser empregados, em todos os níveis e pelas mais diversas áreas de conhecimento, a fim de minimizar resultados ainda mais negativos na saúde mental da população. Cabe, enfim, investir em adequada assistência à saúde e, sobretudo, na ciência em geral, para que esse período seja abreviado e que os profissionais de saúde estejam capacitados para os desafios do cuidado (FARO, 2020, p. 11).

Nota-se que, em boas partes dos infectados pela COVID-19, as sequelas relacionadas as questões emocionais estão associadas a angústia e ao medo, a insegurança, visto que a pessoa está passando por um momento de grande incerteza, algo que não vê, além, é claro, de ter que estar em total isolamento, mexendo, assim, de maneira abrupta com o seu emocional (LADISLAU, 2021).

3 | MÉTODO

O presente estudo de caso foi direcionado a paciente em reabilitação acompanhada pela equipe multiprofissional do Serviço Especializado em Reabilitação SER, localizado no Centro de Ciências da Saúde CCS na Uniplac Lages; por meio de entrevista com perguntas abertas e fechadas, ocorridas em outubro de 2022.

O seguinte estudo classifica-se como uma pesquisa qualitativa, descritiva, exploratória e de campo. A pesquisa qualitativa tem o objetivo de obter informações em quantidade provenientes de diferentes fontes, relatos, narrações e ideias, ou seja, por meio da subjetividade busca-se entender, avaliar e interpretar as experiências dos sujeitos (GHERHARDT, SILVEIRA, 2009).

É exploratória, pois busca-se uma visão de temas poucos explorados a fim de possibilitar estudos futuros (GIL, 2008). Classifica-se também como descritiva por realizar a descrição de aspectos de um fenômeno específico, buscando, por meio de técnicas de coletas de dados as informações para tal. A pesquisa de campo aprofunda questionamentos propostos apresentando maior flexibilidade, acontecendo de maneira a poder reformular os objetivos ao longo do processo. (GIL, 2008).

Estudos de caso são métodos de pesquisa ampla sobre um assunto específico, permitindo aprofundar o conhecimento sobre ele e, assim, oferecer subsídios para novas investigações sobre a mesma temática (GIL, 2008).

Para o estudo de caso em questão foi realizada entrevista com base no questionário elaborado, essa foi gravada e transcrita na íntegra.

A análise de dados foi feita através de análise de conteúdo temática. O conteúdo temático, é organizado a partir “de uma afirmação a respeito de um determinado assunto” Minayo (2000. p. 208). Tal afirmação representa um tema, a partir do qual serão estabelecidos os eixos temáticos dos conteúdos coletados a partir da entrevista semiestruturada. Busca-se assim estabelecer uma frequência de significados sobre o objetivo a ser analisado. A análise foi organizada em três momentos: Leitura flutuante, onde foi estabelecido um padrão para alocar aos eixos temáticos pré-estabelecidos e a constituição do corpus, organizando o material coletado de forma que respondesse aos critérios dos objetivos estabelecidos para cada temática. Então foi feita formulação de hipótese a partir dos dados coletados e organização do material para formulação de conceitos a serem analisados a partir de referenciais teóricos (MINAYO, 2000). A partir dos dados coletados foram organizados os eixos temáticos e categorias para o tratamento dos dados, estabelecidos a partir dos objetivos estabelecidos na pesquisa e dos conteúdos emergentes das entrevistas. Em seguida, as categorias foram discutidas a luz do referencial teórico estabelecido.

3.1 CUIDADOS ÉTICOS E ANÁLISE DE RISCOS E BENEFÍCIOS

Todos os cuidados éticos da pesquisa foram tomados em conformidade com a

resolução 510/2016. Segundo ela “toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados”. Por isso, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPLAC, cujo número do parecer de aprovação foi 5.687.727.

A sua participação foi considerada de risco mínimo, mas poderia ocorrer algum tipo de constrangimento no momento de responder à entrevista.

Nesse caso, por se tratar de uma entrevista com foco em questões psicológicas, observa-se o risco de mobilizar estados emocionais que requeiram maior atenção ao falar sobre o processo pelo qual o indivíduo passou durante o diagnóstico. Caso se identificasse a necessidade de suporte psicológico, os profissionais da equipe do Centro Especializado em Reabilitação CER, que já atuam com esses pacientes, seriam comunicados para que seja dada atenção às questões mobilizadas pela entrevista. Entretanto, a entrevista ocorreu sem que demandasse a necessidade de atendimento psicológico ou de outra natureza.

Mesmo depois de assinar ao Termo de Consentimento Livre e esclarecido a participante continua com o direito de pleitear indenização por reparação de danos que apresente nexos causal com a pesquisa

A participante da pesquisa pode ter se beneficiado de reflexões mobilizadas a partir da entrevista realizada. Ao falar sobre o tema hoje com todas as informações relevantes ela pode estabelecer uma linha do tempo e refletir sobre o processo de forma mais adaptativa, considerando as estratégias de enfrentamento que poderia utilizar quanto ao momento pelo qual passou e o que faria diferente nesse processo até a sua recuperação.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

As informações coletadas junto ao caso proposto foram organizadas em três eixos temáticos: 1) condições da paciente antes de ser acometida pela COVID; 2) vivência da paciente durante a COVID; 3) experiência da paciente após a COVID. A seguir serão apresentados esses eixos temáticos com suas respectivas categorias.

4.1 CONDIÇÃO DA PACIENTE ANTES DE SER ACOMETIDA PELA COVID

A paciente é do sexo feminino, de 56 anos, média idade, aposentada.

A meia-idade é uma fase do ciclo vital que se estende, aproximadamente, dos 40 aos 60 anos. A princípio, a meia-idade é um período caracterizado por um movimento interno da pessoa para resumir e reavaliar a própria vida. Ocorre certa desorientação da saúde física, sabedoria e a capacidade de resolução de problemas práticos são acentuadas. (PAPALIA & OLDS, 2000).

Nesta fase a mulher entra na menopausa, sua realidade se modifica e com ela os aspectos relacionados a saúde, o risco de doenças cardíacas aumentam após a menopausa. Uma em cada 8 mulheres de 45 anos ou mais já teve um infarto (PAPALIA & OLDS, 2000. P.440).

Em relação a COVID longa, não é diferente, maior incidência de casos ocorre em

mulheres. As mulheres contraem mais facilmente o vírus, porém a resposta imunológica é mais rápida. Nesse caso ao olhar para uma mulher com sequelas da COVID 19, reforçamos a importância de abordar o gênero feminino, visto que é mais propensa, por condições fisiológicas do período em que se encontra (meia idade) contrair o vírus, porém tem resposta imunológica mais rápida.

Segundo Dias (2020) e Sylvester et. al. (2022) isso porque “As diferenças na função do sistema imunológico entre mulheres, nelas atinge ouvido, nariz e garganta, distúrbios do humor, neurológicos, cutâneos, gastrointestinais e reumatológicos, assim como o cansaço importante fator de diferenças de sexo na síndrome da COVID longa. As mulheres montam respostas imunes inatas e adaptativas mais rápidas e robustas, que podem protegê-las da infecção inicial e da gravidade. No entanto, essa mesma diferença pode tornar as mulheres mais vulneráveis a doenças autoimunes prolongadas. E há ainda o fator de risco para as mulheres em profissões como na área da saúde e educação.

Dias (2020) e Sylvester et al. (2022) trazem ainda que “pode haver disparidades no acesso aos cuidados com base no gênero que podem afetar a história natural da doença, levando a mais complicações e sequelas”.

O estudo desse de Sylvester e colaboradores (2022) traz também a importância de se pensar em tratamentos diferenciais para homens e mulheres, na COVID longa, pois enquanto nas mulheres a resposta imunológica é mais rápida, nos homens apresenta-se mais agressiva e letal atingindo o sistema renal.

Categoria 1- Condição de saúde anterior

No estudo de caso, constatamos que as doenças crônicas da paciente, que são a hipertensão arterial caracterizada pela elevação da pressão arterial sistólica e arritmia cardíaca são alterações na frequência e/ou ritmo do coração, a colocam no grupo de risco e, portanto, potencialmente propensa apresentar mudanças significativas na sua evolução clínica.

Segundo *Kroll (2022)* o Núcleo de Teles saúde Mato Grosso do Sul (2020) a hipertensão arterial é um fator de risco para COVID, assim como doenças cardiovasculares. “Uma pessoa com uma comorbidade, mesmo que controlada, pode ter uma piora do quadro clínico”.

4.2 VIVÊNCIA DA PACIENTE DURANTE A COVID

Categoria 2- Tratamento com automedicação

Durante a presença dos sintomas mais agudos, paciente fez uso de medicações por indicação de terceiros. Ela fez uso de analgésicos, anti-inflamatórios, Cloroquina, ivermectina e corticoide.

Como afirmou a paciente:

“Eu tratei mais ou menos em torno de 7 dias, tudo que eu imaginei assim que poderia ajudar eu tomei” (sic).

Segundo o Ministério de saúde 2020. Em documento oficial falta respaldo técnico-científico para a indicação da Cloroquina e da Hidroxicloroquina na prevenção ou nos estágios iniciais da doença.

Até o momento, as pesquisas realizadas pelo conselho nacional de saúde têm demonstrado que a Cloroquina e a Hidroxicloroquina podem não ser eficazes para tratar pacientes de Covid-19, incluindo pacientes com sintomas leves. Na verdade, as pesquisas vêm demonstrando o surgimento de graves e fatais efeitos indesejáveis, incluindo problemas cardíacos. (MS. 2020).

A automedicação principalmente durante a pandemia preocupa a Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA (2021) e o Ministério da Saúde (2022) que alerta para os riscos que o uso de medicações sem prescrição médica pode acarretar, uma vez que sua utilização inadequada pode esconder determinados sintomas. A conscientização a esse respeito é essencial uma vez que pode levar ao óbito.

Xavier et al., (2021) citado por Cardoso et.al (2022) trazem que a prevalência de automedicação no Brasil constitui-se como fator agravante na saúde pública.

Categoria 3 - Reações emocionais.

Esta categoria diz respeito as reações emocionais relatadas pela paciente, tanto no início quando soube do diagnóstico, quanto durante o processo de enfrentamento da COVID. Nesse tempo ela experimentou ansiedade, medo, estresse, angústia. Como afirmou:

“Claro que um certo medo, mais angustiada, uma falta de controle”.

No estudo de Alemanno e colaboradores (2021.p. 3) foi possível perceber que as pessoas que contraíram o vírus, podem apresentar comprometimentos neurológicos, psiquiátricos, psicológicos e psicossociais; mais da metade tiveram áreas de atenção, cálculo, memória e linguagem afetadas, levando-os a crises de ansiedade, estresse, depressão. O autor também ressalta que a idade dos pacientes estudados é algo que impacta, mas não é predominante. As evidências nas vivências emocionais durante e após a COVID, reforçam a necessidade de atenção à saúde mental.

Para a psiquiatra Fernanda Benquerer Costa (2022) “Não é fácil, o indivíduo identificar os sinais precoces de sofrimento emocional”.

Para Faro e colaboradores (2020 p.2) As emoções negativas a exemplo da tristeza, que segundo Aurelio (2023) Sentimento que se define pela falta de alegria, de contentamento, melancolia; angústia, Ansiedade física acompanhada de dor; agonia, apreensão, aperto; e medo podem acentuar previsões distorcidas sobre a saúde.

O Ministério da Saúde (2020) alerta para a importâncias dos profissionais da Psicologia neste contexto para auxiliar pacientes a amenizar sofrimento.

O trabalho do psicólogo teve papel fundamental haja vista que todos os sintomas citados, causaram desequilíbrio emocional desproporcional, levando pacientes ao agravamento destes.

As reações emocionais desproporcionais, foram evidenciadas como uma das causas de aumento de transtornos de ansiedade entre outros já mencionados.

4.3 EXPERIÊNCIA DA PACIENTE APÓS A COVID

Categoria 4 - Situação de saúde pós-COVID: Sintomas físicos e cognitivos

A paciente no pós-COVID apresentou alterações físicas em seu quadro clínico. Precisou realizar cateterismo, teve inflamações nas articulações, fadiga, falta de resistência física (locomoção), sobrepeso, alterações na concentração e memória, e falta paladar e olfato.

“Senti que agravou mais a minha saúde, fiz exame de esteira e foi onde ele (médico) detectou que eu precisava fazer o cateterismo”.

Lassance (2021, p.7) mostra evidências de comprometimento cardiovascular que incluem miocardite, pericardite, infarto do miocárdio, arritmias e hipertensão pulmonar. Cronologicamente, as sequelas que ocorrem nos primeiros três meses tendem a ser mais graves do que aquelas que ocorrem após este período.

No COVID longo ou agudo, o paciente pode apresentar alterações no sistema circulatório, trombos podem deslocar e bloquear a passagem do fluxo sanguíneo, fazendo com que, paciente necessite de intervenção por cateter pois somente anticoagulantes injetáveis ou via oral, não conseguem desbloquear a artéria comprometida (ARAÚJO et.al. 2021).

Rezende et.al. (2021), estabelecem no Guia de Manejo pós-COVID, uma Escala de Status Funcional (ESFPC), a partir da qual compreende-se que as limitações que a paciente apresenta podem caracterizar-se como grau 2, considerado leve, visto que ela consegue executar sozinha todas as suas funções, porém em um tempo maior que anteriormente.

Categoria 5- Reações emocionais Pós-COVID

A paciente relatou reações emocionais especialmente ligadas a ansiedade.

“Aumentou a ansiedade, alteração na memória e na concentração, acostumei ficar fechada em casa”.

O estudo de Barros e colaboradores (2020.p. 5) revelou o sentimento frequente de tristeza/depressão atingiu 40% dos adultos brasileiros, e a frequente sensação de ansiedade e nervosismo foi reportada por mais de 50% deles. Entre os que não tinham problema de sono, mais de 40% passaram a ter e quase 50% dos que já tinham tiveram o problema agravado. Os sentimentos de tristeza e de ansiedade e os problemas do sono revelaram prevalências mais elevadas em adultos jovens, mulheres e pessoas com diagnóstico prévio de depressão.

Como todo o processo da pandemia trouxe diversas mudanças repentinas, alguns problemas foram se desencadeando ou agravando, é o que ressaltam algumas pesquisas que abordam os efeitos do novo coronavírus na saúde mental e indicam o aumento de depressão, ansiedade, estresse, transtorno do pânico, insônia, medo e raiva nos mais

diversos países atingidos pela pandemia (DUAN; ZHU, 2020).

Para NOAL e FREITAS (2020 p. 73) há “Sensação de privação de liberdade; aumento de estresse; aumento de ansiedade; aumento de desesperança; humor deprimido; medo de infectar outras pessoas; questionamentos sobre o sentido da vida; estado de choque; apatia; irritabilidade; tédio; insônia, são sinais e sintomas que interferem nas emoções.

Tais questões podem ocorrer, pela insegurança que paciente sente em relação a sua recuperação.

Categoria 6:-Tratamento medicamentoso Pós-COVID

Esta categoria se refere ao fato de que a paciente após a COVID-19, precisou iniciar uso de medicamento antidepressivo (Sertralina), “é indicado no tratamento de sintomas de depressão, incluindo depressão acompanhada por sintomas de ansiedade, em pacientes com ou sem história de mania como forma de amenizar sintomas”(SITINIKI 2020, p.2)

“Passei a tomar depois do COVID para tentar controlar a ansiedade, acaba mexendo com os nervos e você acaba ficando explosiva”.

As alterações intensificadas no pós-COVID, demonstram que para controlar os sintomas ocasionados, a paciente passou a fazer uso contínuo de medicação psicotrópica, prescrita por especialista.

Pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) apontaram que pacientes com transtorno de ansiedade generalizada foram diagnosticados em 15,5% dos pacientes, sendo que em 8,14% o problema somente surgiu após a enfermidade (PRADO et al., 2017).

Prado et.al. (2017) afirmam que mulheres usam mais ansiolíticos que os homens, uma das causas é o acúmulo de atividades, profissionais e pessoas, que ocasionam desgaste físico e mental.

Categoria 7- Funcionalidade e Participação Social

A paciente referiu perdas significativas nas suas atividades de vida diária e diminuição do convívio e participação social.

“falta de disposição, sempre cansada e com insônia, vida social afetada (...) reflete no meu dia a dia”.

Crema et.al. (2022) afirmam que pacientes acometidos pela COVID apresentam perda da funcionalidade, isso porque o corpo sofre alterações que comprometem suas funções. Nestes casos a reabilitação com equipe multiprofissional, se faz necessária para recuperar as condições de saúde e funcionalidade perdidas. A partir da avaliação realizada, por equipe de reabilitação é possível elaborar um plano de atendimento com foco nas necessidades do cliente.

Noal, Freitas et.al (2020, p.115) afirmam que a diminuição das interações face a face tende a gerar a sensação de isolamento social, a qual é comumente acompanhada pela sensação de isolamento emocional e de privação de liberdade”.

Categoria 9 - Suporte para Enfrentamento (Crenças): Sua fé

A fé com base em suas crenças foi uma das estratégias de enfrentamento utilizada

pela paciente nos momentos de maior tensão e medo.

“Eu tive força, tive fé”.

Organização Mundial da Saúde (OMS) indicou que a espiritualidade se caracteriza como um dos vértices do cuidado em saúde (ROSSATO et, al, 2022, p. 2)

A espiritualidade, vem ocupando um papel importante nas últimas décadas, e, está vem modificando a forma com que cada um vê o adoecimento; têm influência direta na vida e subjetividade dos sujeitos (ROSSATO et, al, 2022).

Evidências científicas, comprovam a importância de incluir nos tratamentos a doenças crônicas, a espiritualidade como fonte inesgotável de possibilidades dando suporte para enfrentamento do tratamento (ROSSATO et, al, 2022).

As mudanças ocasionadas pela pandemia, deixaram as pessoas estressadas, ansiosas, com medo, e todos estes fatores, causaram impactos psicológicos e social, interferindo nas relações sociais (ROSSATO et, al, 2022).

Neste contexto, a espiritualidade fez com que a esperança se apresentasse como propulsor e fonte de energia capaz de sustentar as angústias do momento vivenciado.

Para BASSITT (2013) uma pesquisa feita pela Universidade de São Paulo (USP) mostra que pacientes que têm fé, respondem melhor ao tratamento de doenças.

Para Monteiro (2020) as pessoas tendem a buscar a espiritualidade nos momentos em que se veem em risco eminente, gerando força interior, que dá suporte para enfrentar as adversidades.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

A COVID-19 traz aos pacientes acometidos por ela, sequelas a curto médio e longo prazo, visto que provocam alterações na vida diária, provoca limitações no tempo de realizações de atividades que antes do contágio, não existiam, e com isso a paciente desenvolveu crises de ansiedade que antes eram descritas por ela como leves, agora se intensificou, e hoje faz uso de medicações para controle das crises.

A nível cognitivo a paciente apresenta queixas de memória, atenção, concentração e limitação motora, o que pode caracterizar uma perda significativa quando analisado o seu antes de depois do contágio. Outro ponto a se tornar evidente foi a redução da cognição tanto em pacientes com quadros graves quanto em outros que apresentaram graus leves e, tal redução cognitiva trouxe prejuízos na vida diária e social desses indivíduos. Desses prejuízos pode-se citar concentração, raciocínio, memória, compreensão e capacidade de julgamento, além de mudanças no comportamento e em execução de tarefas. Em contraponto, pode-se falar que a crença foi um dos suportes para enfrentar o problema da pandemia, já que era uma das formas que os pacientes ou parentes de pessoas acometidas pela doença, tinham para se “apegar” nesse período, um suporte além da ciência.

É preciso estar atento aos sinais e sintomas que pacientes pós COVID apresentam

para que se possa estabelecer tratamento adequado a cada caso. Como nesse estudo se confirmou são muitas as especificidades e os dados clínicos de cada indivíduo é que vai direcionar a melhor forma de tratamento, porém em todas elas será necessário uma equipe multiprofissional, uma vez que a funcionalidade destes indivíduos foi comprometida e para que possam voltar as suas atividades, precisam de reabilitação física e psicológica, para que ressignifiquem pensamentos, emoções e comportamentos disfuncionais deixados pela doença.

No serviço de reabilitação onde a pesquisa foi realizada e que está iniciando as atividades nesse momento, não havia ainda a possibilidade de se abordar vários pacientes, pois esse público agora que está chegando ao serviço de reabilitação. Esta foi uma limitação encontrada no trabalho.

Por outro lado, esse estudo também contribui nesse momento de estruturação do serviço, com destaque para as necessidades de atenção à saúde mental em pacientes em reabilitação pós-COVID. Nesse sentido, faz-se necessários novos estudos para investigar como está a saúde mental de adolescentes no pós-Covid, haja vista que atualmente há uma carência na produção científica com foco neste público.

REFERÊNCIAS

ALEMANO, Federica et.al. Déficits cognitivos de COVID-19 após assistência respiratória na fase subaguda: uma experiência de unidade de reabilitação de COVID.PUBMED.2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33556127> . Acesso em: 16 novembro 2022.

AHMED MZ, AHMED O, AIBAO Z, HANBIN S, SIYU L, AHMAD A. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J Psychiatr* [Internet]. 51:102092, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092> Acesso em 11 abr. 2022.

ALEMANNO F, HOUDAYER E, PARMA A, SPINA A, DEL FORNO A, SCATOLINI A.et al. COVID-19 cognitive deficits after respiratory assistance in the subacute phase: A COVID-rehabilitation unit experience. **PLoS One**, 2021. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0246590> Acesso em 20 abr. 2022.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et.al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19.2020. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v29n4/2237-9622-ess-29-04-e2020427.pdf> . Acesso em: 17 novembro 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 20 de novembro de 2022, 15h12.

BRASIL. Ministério da Saúde. NOTA PÚBLICA: CNS alerta sobre os riscos do uso da Cloroquina e Hidroxicloroquina no tratamento da Covid-19 Disponível em:< <http://conselho.saude.gov.br/>> acesso em31 de janeiro de 2023.

DUAN, L., & ZHU, G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. **The Lancet**, 7, 2020. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0).

FARO, André et.al. COVID-19 e saúde mental: a emergência do cuidado. **CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/fj/estpsi/a/dkxZ6QwHRPhZLsR3z8m7hvF/?format=pdf&lang=pt> . Acesso em 16 novembro 2022.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial** - Informações Gerais, 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/cartilha-saudemental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19> Acesso em 19 abr. 2022.

FILHO, Airton dos Santos, LIMA, Alessandra. COVID Longa e pós COVID, CONECTA SUS 2021. Disponível em <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/08/1284115/covid-19-covid-longa-e-pos-covid.pdf> Acesso em 30 novembro 2022.

FRENCK, RW Jr; KEIN, NP; KITCHIN, N.; GURTMAN, A.; ABSALON, J.; LOCKHART, S. Safety, immunogenicity and efficacy of the BNT162b2 Covid-19 vaccine in adolescents. **N Engl J Med**. 385(3):239-50, 2021 doi: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2107456> Acesso em 11 abr. 2022.

GARCIA LP; DUARTE E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiol Serv Saúde** [Internet]. 29(2):e2020222, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679;49742020000200009> Acesso em 11 abr. 2022.

GIL, Antonio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008. Disponível em: <https://wp.ufpel.edu.br/ecb/files/2009/09/Tipos-de-Pesquisa.pdf> . Acesso em: 01 dezembro 2022.

GONÇALVES, Laura Faustino. HAAS, Patrícia. Transtornos cognitivos em pacientes infectados por covid-19: uma revisão narrativa. **Revista Científica Multidisciplinar**, v. 2, n. 5, 2021. Disponível em: <https://recima21.com.br/index.php/recima21/article/view/335/292> Acesso em 20 abr. 2022.

KRAEMER, M. U. G., YANG, C.-H., GUTIERREZ, B., WU, C.-H., KLEIN, B., PIGOTT, D. M., PLESSIS, L.D., FARIA, N. R., LI, R., HANAGE, W. P., BROWNSTEIN, J. S., LAYAN, M., VESPIGNANI, A., TIAN, H., DYE, C., PYBUS, O. G., & SCARPINO, S. V. (2020). The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. **Science**, 1(1), 1–10, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.abb4218> Acesso em 11 abr. 2022.

LIMA, C. K. T., CARVALHO, P. M. M., LIMA, I. A. A. S., NUNES, J. V. A. O., SARAIVA, J. S., SOUZA, R. I., SILVA, C. G. L., NETO, M. L. R. The emotional impact of Coronavirus 2019- nCoV (new Coronavirus disease). **Psychiatry Research** (Vol. 287, Issue 1, pp. 1–2). Elsevier Ireland Ltd, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915> Acesso em 11 abr. 2022.

LIMA, Rossano Cabral. Distanciamento e isolamento social pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 30, n. 2, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/fj/physis/a/nyq3wrt8qpWFsSNpbgYXLWG/?format=pdf&lang=pt> Acesso em 19 abr. 2022.

MALTA, Deborah Carvalho; SZWARCOWALD, Célia Landmann; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; GOMES, Crizian Saar; MACHADO, Isis Eloah; SOUZA JUNIOR, Paulo Roberto Borges de; ROMERO, Dalla Elena; LIMA, Margareth Guimarães; DAMACENA, Giseli Nogueira; PINA, Maria de Fátima; FREITAS, Maria Imaculada de Fátima; WERNECK, André Oliveira; SILVA, Danilo Rodrigues Pereira da; AZEVEDO, Luiz Otávio; GRACIE, Renata. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 29 (4), 2020. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v29n4/2237-9622-ess-29-04-e2020407.pdf> Acesso em 11 abr. 2022.

NEVES, Úrsula. Covid Longa: pacientes podem ter problemas de raciocínio e memória a longo prazo, aponta pesquisa britânica. **PEBMED**, 2021. Disponível em: <https://pebmed.com.br/covid-longa-pacientes-podem-ter-problemas-de-raciocinio-e-memoria-de-longo-prazo-aponta-pesquisa-britanica/> Acesso em 20 abr. 2022.

OLIVEIRA, L. D. Espaço e Economia: Novos Caminhos, Novas Tensões. **Espaço e Economia**, 1(17), 1–13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/espacedeconomia>. Acesso em 11 abr. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]**. Geneva: World Health Organization; 2022. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> Acesso em 11 abr. 2022.

RAMÍREZ-ORTIZ, J., CASTRO-QUINTERO, D., LERMA-CÓRDOBA, C., YELA-CEBALLOS, F.; ESCOBARCÓRDOBA, F. Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la Salud Mental asociadas al aislamiento social. **SciELO Preprints**, 1, 1–21, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS> Acesso em 19 abr. 2022.

REIS Caroline Professora da UFLA fala sobre o enfrentamento à Covid-19, **Portal Ciência**. Abril 2020. Disponível em: <https://ciencia.ufla.br/reportagens/saude/570-professora-da-ufla-fala-sobre-o-enfrentamento-a-covid-19> acesso:30 novembro 2022.

ROSSATO, Lucas, RIBEIRO, Beatriz Maria dos Santos Santiago, COMIN, Fabio Scorsolini. RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19. **Revistado NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity** V.14(2), 2022. Disponível em: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/22256> . Acesso em: 01 fevereiro 2023.

SCHUCHMANN, A. Z., SCHNORRENBERGER, B. L., CHIQUETTI, M. E., GAIKI, R. S., RAIMANN, B. W., & MAEYAMA, M. A. Isolamento social vertical X Isolamento social horizontal: os dilemas sanitários e sociais no enfrentamento da pandemia de COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, 3(2), 3556–3576, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-185> Acesso em 11 abr. 2022.

SHIGEMURA, J., URSANO, R. J., MORGANSTEIN, J. C., KUROSAWA, M., & BENEDEK, D. M. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 74(4), 281– 282, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/pcn.12988> Acesso em 19 abr. 2022.

SIFUENTES-RODRÍGUEZ, E.; PALACIOS-REYES, D. Covid-19: The outbreak caused by a new coronavirus. **Bol Med Hosp Infant Mex**, 77(2), 47–53, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.24875/BMHIM.20000039> Acesso em 11 abr. 202

SITINIKI Rafaela Sarturi CRF/PR 37364. Bula on-line. Farmacêutica responsável 01 de Setembro de 2020. Disponível em: <https://consultaremedios.com.br/cloridrato-de-sertralina/bula#para-que-serve> acesso em 31 janeiro 2023.

ANEXOS

Questionário

1. Idade?
2. Sexo?
3. Profissão?
4. Você faz parte do grupo de risco?
5. Como você se percebe antes do contágio?
6. O que você fez ao perceber os primeiros sintomas?
7. Quanto tempo após primeiros sintomas teve diagnóstico?
8. Como foi para você vivenciar o momento do diagnóstico?
9. Recebeu tratamento logo que teve diagnóstico?
10. Identificou alterações cognitivas no pós-covid?
11. Quais as consequências do contágio no seu dia a dia?
12. Desenvolveu algum transtorno?

A ESSENCIALIDADE DOS SERVIÇOS DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL DE UM MUNICÍPIO DO OESTE DA BAHIA

Data de aceite: 02/10/2023

**Edivanete Cavalcante dos Santos
Alcebiades**

Centro Universitário Arnaldo Horácio
Ferreira – UNIFAAHF
Curso de Psicologia
Luís Eduardo Magalhães - BA

Carlos André Nogueira Oliveira

Projeto de pesquisa apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa, como requisito parcial de nota para a disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso. Orientador: Prof. Me. Carlos André Nogueira Oliveira.

“Para muitos, abraçar a loucura tornou-se o único caminho aparente para persistir e o meio para explicar uma verdade insuportável.”

(BERGER II)

RESUMO: A reforma psiquiátrica influenciou de forma relevante a construção de políticas na assistência psicossocial. Os atendimentos oferecidos nos diversos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, distribuídos em várias cidades e municípios

brasileiros tem impactado de forma positiva tanto na vida dos usuários e usuárias destes serviços, na esfera familiar e social. Apesar destes grandes avanços, o preconceito, a resistência e o estigma advindos por parte da família, sociedade e, até mesmo da pessoa em sofrimento mental, é muito cristalizado, o que torna necessário a propagação da importância dos serviços oferecidos pelos CAPS. Sendo assim, a pesquisa objetiva compreender, de forma sucinta, o conhecimento dos/as psicólogos/as que trabalham nos CAPS acerca da história e atuação da prática psicológica nas instituições localizadas num município do Oeste da Bahia, versar sobre a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial no Brasil, que possibilitou a implementação de uma nova Política de Saúde Mental promovendo o desenvolvimento de pontos excepcionalmente relevantes como os CAPS e averiguar as principais demandas e dificuldades enfrentadas pelos(as) psicólogos(as) que trabalham nos CAPS de um município do Oeste da Bahia. Para tanto, a pesquisa foi realizada presencialmente a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas com os/as profissionais da psicologia que atuam nos CAPS do município. Os dados obtidos

foram analisados com base no método qualitativo, do tipo exploratório, por meio da análise de conteúdo. Os resultados constataram que os/as profissionais de psicologia atuam com demandas relacionadas a suicídio, transtornos mentais e uso de álcool e outras drogas. As principais dificuldades se exprimem através da falta de recursos materiais e estruturais necessários para o fazer da profissão, não conhecimento de outros profissionais sobre as demandas abordadas e da rede psicossocial, bem como a falta de adesão ao tratamento. Os/as profissionais exercem a sua prática respaldando o código de ética da profissão e os direitos humanos, bem como os marcos oriundos da história da luta antimanicomial, combatendo todo preconceito e estigma e ofertando um tratamento humanizado aos pacientes. Também, orientam os sujeitos, respeitando os seus direitos e ajudando-os a promover a dignidade, autonomia e empoderamento, além de trabalhar em prol da restauração de vínculos familiares e sociais.

PALAVRAS-CHAVE: Desestigmatização; Saúde Mental; CAPS; Essencialidade.

ABSTRACT: The psychiatric reform had a relevant influence on the construction of policies in psychosocial care. The services offered in the various Psychosocial Care Centers – CAPS, distributed in several Brazilian cities and municipalities, have had a positive impact on the lives of users of these services, in the family and social sphere. Despite these great advances, the prejudice, resistance, and stigma arising from the family, society and even the person in mental suffering is very crystallized, which makes it necessary to spread the importance of the services offered by the CAPS. Thus, the research aims to briefly understand the knowledge of psychologists who work in CAPS about the history and performance of psychological practice in institutions located in a municipality in Western Bahia, to discuss the Psychiatrist Reform and the Struggle Anti-asylum in Brazil, which enabled the implementation of a new Mental Health Policy promoting the development of exceptionally relevant points such as the CAPS and ascertaining the main demands and difficulties faced by psychologists who work in the CAPS from a municipality in Western Bahia. Therefore, the survey was conducted in person based on semi-structured interviews with psychology professionals who work in CAPS in the municipality. The data obtained were analyzed based on the qualitative method, of the exploratory type, through content analysis. The results found that psychology professionals work with demands related to suicide, mental disorders and the use of alcohol and other drugs. The main difficulties are expressed through the lack of material and structural resources necessary to conduct the profession, lack of knowledge of other professionals about the demands addressed and the psychosocial network, as well as the lack of adherence to treatment. Professionals conduct their practice supporting the profession's code of ethics and human rights, as well as the milestones arising from the history of the anti-asylum struggle, fighting all prejudice and stigma and offering humane treatment to patients. They also guide the subjects, respecting their rights and helping them to promote dignity, autonomy, and empowerment, in addition to working towards the restoration of family and social bonds.

KEYWORDS: Destigmatization; Mental Health; CAPS; Essentiality.

1 | INTRODUÇÃO

A história da saúde mental é marcada por preconceito e condenação, em que

aqueles/as que sofriam com enfermidade mental eram percebidos/as e julgados/as como possuídos por demônios e/ou amaldiçoados pelos deuses (BERGER II, 2019; MELEIRO, 2018; SCLIAR, 2007). Durante séculos, pessoas neste estado foram torturadas, enclausuradas, deixadas à mercê dos manicômios e excluídas do convívio familiar e social (ARBEX, 2013; BATISTA, 2014).

Com o passar dos anos, a implantação do método clínico psicoterapêutico possibilitou algumas modificações nas atribuições das origens do sofrimento mental, que passaram a ser percebidas como causas orgânicas, morais, fisiológicas, hereditárias, sentimentais, políticas, financeiras, de desajuste social e laboral, o que viabilizou o avanço de estudos científicos, tratamento especializado e elaboração de leis para assegurar pessoas em sofrimento psíquico, além de oportunizar a estruturação de pontos de atendimentos que proporcionam o desenvolvimento de habilidades familiares, sociais e laborais às pessoas portadoras de psicopatologias (MELEIRO, 2018; TORRE; AMANTE, 2001; RIBEIRO, 2004).

Contudo, após anos de luta por um tratamento apropriado para pessoas com transtornos mentais, os recursos terapêuticos ofertados pelos CAPS ainda são percebidos com estigma, receio e desconhecimento da realidade pela população em geral. Mesmo em pleno século XXI há necessidade de desenvolver estudos explícitos sobre a forma de atuação dos/as psicólogos e o desenvolvimento de estratégias de comunicação sobre os serviços oferecidos nestas unidades de atenção psicossocial com o intuito de promover o conhecimento e acessibilidade para a população (WADI, 2009).

Assim, esse estudo se justifica a partir da necessidade de compreensão das ações promovidas por meio da desinstitucionalização da loucura que visam efetivar a promoção e prevenção na saúde mental através dos CAPS na região, uma vez que existe carência destes dados e informações. A partir desta espécie de pesquisa torna-se possível a criação de novas ações a fim de promover a reinserção daqueles/as que foram excluídos durante décadas, com o objetivo de estimular a construção de uma sociedade mais igualitária (FONTE, 2012).

Deste modo, este estudo busca analisar o conhecimento dos/as psicólogos/as que trabalham no CAPS acerca da história e atuação do serviço num município do Oeste baiano. Para isso, possui como objetivos específicos: compreender se o/a profissional de psicologia conhece como deve ser a atuação nos CAPS I e CAPS Ad III; averiguar o conhecimento dos psicólogos/as acerca da luta antimanicomial, a atuação do CAPS e averiguar quais as principais demandas e dificuldades enfrentadas pelos/as profissionais de psicologia que atuam no município.

Para tanto, a presente pesquisa apresenta uma metodologia qualitativa, de caráter exploratório. Utilizou-se como instrumentos na coleta de dados um questionário de caracterização da amostra (APÊNDICE 3) e um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE 4). A coleta de dados foi realizada de forma presencial nas instituições de trabalho dos/as profissionais entrevistados/as a partir das suas disponibilidades.

Inicialmente, o trabalho apresenta uma revisão literária sobre a história da saúde mental abrangendo os tópicos da luta antimanicomial e a reforma psiquiátrica no Brasil. Posteriormente, discorre sobre os serviços ofertados nos Centros de Atenção Psicossocial e como ocorre a divisão destes, explanando sobre a atuação do profissional de psicologia nessas instituições. Subsequentemente, exhibe detalhadamente os aspectos metodológicos que organizaram e possibilitaram a pesquisa e os resultados encontrados na coleta de dados, os quais foram avaliados por meio do método de análise de conteúdo (CAMPOS, 2014) e organizados em seis categorias que abrangem as respostas dos/as participantes e as discussões a partir de aspectos científicos encontrados na literatura.

2 | A HISTÓRIA DA SAÚDE MENTAL

A história da saúde mental é marcada por pensamentos e atos de condenação, desaprovação e recriminação, assim, as pessoas que sofriam com algum tipo de transtorno mental eram vistas como possuídas por demônios e amaldiçoadas por Deus. Portanto, na antiguidade, o discurso teológico e o discurso médico eram indivisíveis e totalmente complexos, os quais atribuíam as doenças mentais à noção de mal (BERGER II, 2019; MELEIRO, 2018; SCLIAR, 2007).

A visão da doença mental na Idade Média era concebida por uma ideia de possessão demoníaca que se propagou durante séculos, e os indivíduos com enfermidades mentais eram vistos como uma ameaça para a sociedade. A perseguição às pessoas com transtornos mentais se deu de forma mais abrangente durante o período da inquisição, em que muitos doentes foram queimados vivos nas grandes fogueiras, sendo acusados de estarem possesores de demônios. Os métodos de tratamentos eram extremamente desumanos, pois submetiam os doentes a torturas, como submergir em água gelada ou fervente, submetê-los a rituais de exorcismo com privação de comida e bebida com o intuito de promover desconforto aos demônios a ponto de eles saírem das vítimas e assim possibilitar a libertação. Outro método de tratamento utilizado fundamentado na promoção da cura era o de trepanação, onde se perfurava o crânio dos pacientes sem qualquer anestesia (MELEIRO, 2018; SCLIAR, 2007).

Apenas por volta de 1700, durante o período do Iluminismo, as causas das perturbações mentais passaram a ser compreendidas como de origem natural, no entanto, os tratamentos continuavam precários. Eram realizados em instituições voltadas para o internamento, com um modelo higienista e voltado ao encarceramento para assim silenciar os “insanos”, de forma a afastá-los da sociedade (MELEIRO, 2018; FOUCAULT, 1978; SCLIAR, 2007).

Durante o século XIX, a visão que se tinha da doença mental sofre algumas modificações, dando início ao progresso científico e propondo tratamentos médicos mais humanitários para os doentes mentais. Um dos grandes responsáveis por estas

modificações foi o médico francês, Philippe Pinel, considerado o fundador da psiquiatria moderna, ele qualificava a insanidade como um desarranjo das faculdades cerebrais, atribuindo-a a causas físicas ligadas diretamente ao sistema nervoso central e periférico, causas fisiológicas que se davam através do parto, menopausa e embriaguez, causas morais envolvendo sofrimentos sentimentais, amorosos, de desajuste social e causas hereditárias. Pinel classificou alguns tipos de transtornos mentais e defendeu o método clínico propondo um tratamento qualificado e humanizado (MELEIRO, 2018; BATISTA, 2014; TORRE; AMANTE, 2001; ALENCAR, ROLIM; LEITE, 2013).

Após a Segunda Guerra Mundial, as doenças psicopatológicas passaram a ser estudadas de forma diferente, levando em consideração os aspectos psicológicos, biológicos e sociais dos indivíduos. Devido à necessidade de reunir e registrar informações sobre a doença mental com o intuito de um tratamento especializado, em 1952 foi elaborado o primeiro Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM, possibilitando uma compreensão mais detalhada do estado de doença, considerando não apenas os fatores orgânicos, mas também o histórico de vida de cada paciente. Com o passar dos anos, houve avanços científicos que viabilizaram novas reformulações do DSM concedendo uma nova forma de olhar e compreender os transtornos mentais a partir da consideração dos fatores orgânicos e psico-histórico-social de cada pessoa (MARTINHAGO; CAPONI, 2019).

2.1 A REFORMA PSIQUIÁTRICA NO BRASIL

A trajetória da saúde mental no Brasil é marcada pela visão dos países europeus, uma vez que o Brasil foi povoado por eles e recebeu influências culturais, religiosas e científicas. Com a vinda da realeza para o país houve alguma dedicação com o que se refere ao tratamento das pessoas que sofriam com transtornos mentais. Todavia, estes tratamentos eram voltados apenas para as famílias que faziam parte da alta-sociedade carioca e que possuíam recursos financeiros para internarem seus “doentes” nas Casas de Misericórdia e asilares, coordenadas pela igreja católica, em que prevalecia a religiosidade, com um olhar voltado para o amparo social (SILVA; HOLANDA, 2014; ANTUNES, 2012; SILVEIRA; BRAGA, 2005).

Com o argumento de proporcionar segurança para a sociedade, o Estado estabeleceu leis para afastar os/as portadores/as de doenças mentais do meio social. A exclusão no país perdurou por anos, promovendo a necessidade da construção de instituições com o intuito de omiti-los/as do corpo social. Pessoas que não se encaixavam nos padrões eram estigmatizadas como anormais, aberrações da natureza e amaldiçoadas (FREITAS, 2018; SANTOS; MIRANDA, 2015).

Com o passar do tempo, o movimento asilar ganhou grande proporção, e, em 1852 foi fundado o primeiro hospital psiquiátrico no Brasil. A partir disso, vários manicômios foram construídos no país, abarcados por princípios higienistas, em que as pessoas rotuladas

de “anormais” eram detidas nestas instituições e esquecidas por familiares e sociedade. Aos poucos o tratamento voltado para a saúde mental foi sendo introduzido no Brasil, no entanto ainda havia a grande carência do tratamento humanizado (FREITAS, 2018; SANTOS; MIRANDA, 2015; RIBEIRO, 1999).

Um dos grandes exemplos de descaso, torturas e sofrimentos foi o tratamento prestado pelo Hospital Psiquiátrico Colônia, localizado em Barbacena, Minas Gerais. Mais de 60% dos/as pacientes internados/as nesta instituição não apresentavam diagnóstico de transtorno mental. No entanto, o simples fato de não se encaixarem nos padrões sociais da época servia como pretexto para a internação. Dessa forma, pessoas epiléticas, órfãos, indivíduos endividados, sem identificação, tímidos, homossexuais, jovens que engravidavam antes do casamento, ou até mesmo aquelas que se tornavam incômodas para a sociedade, eram sentenciadas a viverem, e até morrerem, no Colônia (ARBEX, 2013; BARBOSA, 2020).

Homens, mulheres e crianças foram silenciados e esquecidos, viviam em ambientes insalubres, alimentavam-se de ratos, urina e esgoto, eram violentados, espancados, jogados nus ao relento durante as madrugadas geladas de Barbacena, tiveram suas cabeças raspadas e suas identidades anuladas. Buscavam proteção através de um agrupamento circular na tentativa de sobreviverem, no entanto muitos/as não resistiam e vinham a óbito. Outros/as recebiam tratamento de eletrochoques, mulheres eram violentadas e ao engravidarem após o parto, tinham seus filhos e filhas roubados/as. Pacientes eram obrigados/as a trabalhar em funções pesadas sem quaisquer tipos de remuneração. Mais de 60 mil pessoas morreram dentro dos muros do Colônia, e ainda após isso, tinham os seus corpos vendidos para as grandes faculdades de medicina, sem qualquer questionamento (ARBEX, 2013; BARBOSA, 2020).

Em uma visita ao Hospital Psiquiátrico de Barbacena, em 1979, o psiquiatra Franco Basaglia descreveu sua experiência como uma grande tragédia no local, comparando-a a um campo de concentração nazista. A entrevista do psiquiatra despertou a curiosidade das mídias, estimulando o início da luta antimanicomial (ARBEX, 2013; BARBOSA, 2020).

Na década de 70 ocorreram vários movimentos que se tornaram um marco na reforma psiquiátrica no Brasil com o intuito da desconstrução do modelo manicomial hospitalocêntrico que imperava na época, partindo de uma proposta de reestruturação na forma de assistência à saúde mental, que visava assegurar os direitos e dignidade dos/as pacientes. Desta forma, foram desenvolvidos serviços de atendimentos extra hospitalares através da formação do Núcleo de Atenção Psicossocial (MESQUITA; NOVELLINO; CAVALCANTI, 2010; BRASIL, 1990).

Após a criação do Sistema Único de Saúde – SUS em 1989, novas medidas foram propostas no Congresso Nacional, como a Lei Federal 10.216/2001 aprovada em 2001, a qual possibilitou a formação do programa “De Volta Pra Casa” (Bolsa Auxílio), visando a reintegração das pessoas em sofrimento mental ao convívio familiar e social, oferecimento

de atendimento médico, terapêutico e assistência à família, além da regulamentações de direitos e atendimento humanizado (RIBEIRO, 2004; COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015).

Sendo assim, a reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial promoveram a implementação de uma nova política de Saúde Mental e possibilitaram o desenvolvimento de pontos excepcionalmente relevantes como o Centro de Atenção Psicossocial - CAPs I, CAPs II, CAPs III, Centros de Atenção Psicossocial Infantojuvenil- CAPSi, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas – CAPs AD. Esses centros contam com a formação de equipe multiprofissional e tratamento voltado à prevenção, reabilitação e reinserção familiar e social, com uma proposta de assegurar a dignidade e direitos dos pacientes (RIBEIRO, 2004; BRASIL, 2011; CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA [CFP], 2013).

3 I O TRABALHO EM REDE OFERTADO PELOS CAPS

De acordo com a Portaria nº3.008, de 23 de dezembro de 2011, os serviços ofertados pelo CAPS I estão voltados para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, em todas as idades. O CAPS II presta atendimento predominantemente a pacientes com transtornos mentais severos, com dificuldades de estabelecer laços sociais e lidar com as atividades cotidianas. Ambas as instituições são recomendadas para municípios com população acima de 70 mil habitantes. O CAPS III também oferece suporte a pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, ajuda nos impasses na construção de vínculos e auxilia os/as pacientes em seus afazeres, além de prestar assistência aos casos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Dispõe de atendimento 24 horas, todos os dias da semana, incluindo feriados, e normalmente é encontrado em municípios com mais de 150 mil habitantes. O CAPS AD III presta serviço de atendimentos e atenção contínua com atendimento de 24 horas a pessoas em sofrimento psíquico decorrente do uso de álcool, crack e outras drogas, é permitido em municípios com mais de cento e cinquenta mil habitantes. Já o CAPSi tem atendimento voltado para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, dificuldades de estabelecerem laços sociais e de realizar atividade do cotidiano, é indicado para municípios com mais de setenta mil habitantes (BRASIL, 2011; CFP, 2013).

No entanto, os serviços prestados por estes pontos de Assistência Psicossocial estão vinculados a outros pontos de atenção como o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU, que conta com a sala de estabilização para pacientes em crise; Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24 horas com acesso aos serviços dos hospitais, prontos socorros e classificação de riscos; Unidade Básica de Saúde- UBS, as quais, geralmente, funcionam como primeiro acesso aos/às pacientes e familiares; Centro de Atendimento à Mulher- CAM; Atendimento a Terceira Idade - PROMATI; Conselho Tutelar, Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS; Centro de Referência Social -

CRAS entre outros (BRASIL, 2011; CFP, 2013).

A portaria nº3.088, de dezembro de 20211 no Art. 7º da Constituição Federal Brasileira expõe que:

O ponto de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção psicossocial especializada é o Centro de Atenção Psicossocial. E § 1º O Centro de Atenção Psicossocial de que trata o caput deste artigo é constituído por equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar e realiza atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo, e não intensivo (BRASIL, 2011, n.p).

Como mencionado, o Art. 7º inciso 1 dispõe sobre a equipe multiprofissional do CAPS I, contando com um educador físico, sendo a sua atuação voltada para trazer benefício aos/às pacientes através das atividades físicas e orientações com fins terapêuticos. Além dos exercícios, também são utilizados jogos de tabuleiro como dama e dominó com o intuito de trabalhar coordenação motora fina, coordenação cognitiva, além de proporcionar concentração e estratégias para a ação (BRASIL, 2011).

Igualmente, faz parte da equipe um/a terapeuta ocupacional que possui sua atuação voltada para a promoção, prevenção e reabilitação dos/as pacientes através do desenvolvimento de oficinas terapêuticas, para que obtenham autonomia em seu convívio familiar e social. Para um maior desempenho das oficinas há a necessidade de articulações com instituições, serviços de capacitação profissional, participação de atividades em associações comunitárias (costureiras, rendeiras), divulgação e venda de trabalhos realizados nas oficinas. Outro ponto importante são as realizações de atividades extra muro em espaços recreativos de convivência, sendo primordial a utilização de materiais necessários para as capacitações e reinserção no mercado de trabalho (RIBEIRO, 2004; BRASIL, 2011; CFP, 2013).

Da mesma forma o/a assistente social constitui a equipe multiprofissional na unidade, visando atender as demandas dos/as pacientes, orientando-os/as e sanando dúvidas sobre questões relacionadas à garantia de seus direitos assegurados pela Constituição Brasileira, como INSS e benefícios. Além dos/as profissionais mencionados/as anteriormente, a equipe do CAPS I é integrada por um/a médico/a psiquiatra, um/a nutricionista, um/a técnico/a de enfermagem, um/a auxiliar administrativo/a, um/a auxiliar de serviços gerais, um/a enfermeiro/a e psicólogos/as (RIBEIRO, 2004; BRASIL, 2011; CFP, 2013).

Já o CAPS AD III fica destinado a atenção integral e contínua a adultos, crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, e oferece suporte psicológico à família dos/as mesmos/as (BRASIL, 2011).

Como disposto no Art.8º inciso 2º:

Os pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial na atenção de

urgência e emergência deverão se articular com os Centros de Atenção Psicossocial, os quais realizam o acolhimento e o cuidado das pessoas em fase aguda do transtorno mental, seja ele decorrente ou não do uso de crack, álcool e outras drogas, devendo nas situações que necessitem de internação ou de serviços residenciais de caráter transitório, articular e coordenar o cuidado (BRASIL, 2011, n.p.).

De acordo com o CFP (2013), as práticas e as técnicas relacionadas aos CAPS têm de estarem subjugadas às diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica à luz do projeto antimanicomial, sendo que deve constar no escopo de atividades da/o psicóloga/o o acolhimento, discussão de caso em equipe, psicoterapias, atendimento às crises, elaboração de planos individuais de cuidados, grupos de oficinas, atividades dirigidas a reinserção social, dentre outras. Ainda, esse documento predispõe sobre a necessidade do alcance do serviço até as regiões rurais, interação direta com a comunidade, bem como uso de diferentes recursos nas oficinas (música, leitura e escrita, cuidados com o corpo e beleza, informática, desenvolvimento de estratégias voltadas a geração de trabalho e economia solidária).

Se faz necessária a integração com outras redes de complexidade como melhor forma de capacitação para maior articulação entre os diferentes órgãos, para que as intervenções sejam mais assertivas, buscando assim um suporte amplo tanto aos/às usuários/as do sistema quanto às suas famílias. Assim sendo, o CAPS I fica responsável pelo Serviço de atenção à saúde, oferecendo atendimento diário de 2^a a 6^a feiras, atendendo crianças, adolescentes e adultos com transtornos mentais graves e persistentes (BRASIL, 2013; CFP, 2013).

3.1 O PAPEL DO/A PSICÓLOGO/A NOS CAPS

A atuação do/a psicólogo/a nos CAPS se dá de forma conjunta e integrada com outros/as profissionais e outros órgãos da Rede de Atenção à Saúde, visando traçar as melhores estratégias para atender as demandas individuais e coletivas de cada paciente. Na sua atuação “devem estar submetidos às diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica e a ética do projeto Antimanicomial” (CFP, 2013, p.86). Neste sentido, buscará desenvolver estratégias para uma atenção integral, de forma que promova a melhora do estado do/a paciente e sua autonomia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Um dos importantes fatores que influenciam no processo terapêutico nos CAPS é o conhecimento do contexto cultural, familiar e as relações e vínculos dos/as usuários/as, considerando também a compreensão do território e a interação da equipe de saúde (BRASIL, 2013).

O trabalho multiprofissional e em equipe é imprescindível para garantir a essencialidade dos serviços oferecidos pelos CAPS. Através do compartilhamento de poderes e conhecimentos a visão do indivíduo passa a ser ampliada, não visando somente demandas do indivíduo de forma separada, mas compreendendo a pessoa em sua totalidade (CFP, 2013).

Dessa forma, através do acolhimento, triagem, projeto terapêutico singular, acolhimento familiar, grupos terapêuticos, grupos de convivência, reuniões técnicas e clínicas, evoluções de prontuários, terapia comunitária, oficinas e demais atividades, o/a psicólogo/a busca desenvolver ações e intervenções para promover a promoção, proteção e recuperação da saúde do/a paciente, além de visar o desenvolvimento das atividades familiares, sociais e laborais com a atenção e cuidado que cada um requer (BRASIL, 2007; CFP, 2013).

O projeto terapêutico singular, que compõem os serviços nos CAPS, pressupõe estratégias que consideram a singularidade do sofrimento e subjetividade de cada indivíduo e vincula recursos políticos, econômicos, profissionais, sociais, culturais, individuais e familiares de forma a responder as necessidades vivenciadas pelos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Dessa forma, o trabalho do/a psicólogo/a nos CAPS deve considerar a individualidade de cada usuário e reconhecer em si e em seu entorno as potencialidades necessárias para reduzir as dificuldades. Além de endossar e assegurar os direitos de cada cidadão e cidadã, o/a psicólogo/a deve contribuir para a construção da autonomia e lugar de fala do ser, de forma a continuar modificando o arcabouço teórico que fundamenta a história da saúde mental (CFP, 2013).

Em relação aos trabalhos desenvolvidos a partir do grupo terapêutico, muitos benefícios podem ser percebidos a partir do compartilhamento de experiências e conhecimentos entre equipe profissional e membros, sobre condutas de cuidados e alternativas para resolução de problemas. A criação de vínculos resulta em apoio social para ultrapassagem das dificuldades vivenciadas pelos/as participantes, além da estimulação e amplitude das potencialidades e capacidades dos indivíduos, permitindo o desenvolvimento do senso de corresponsabilização destes no projeto terapêutico, possibilitando o aumento do senso de autoeficácia e persistência do tratamento (BAIROS, 2020).

Nesse íterim, o trabalho do/a profissional de psicologia no grupo terapêutico se faz a partir da orientação e facilitação para criação de vínculos e realização de tarefas. Esse/a profissional possui um papel ativo de contribuinte para que as provocações emocionais sejam percebidas e vivenciadas através da dinâmica grupal (BAIROS, 2020). A postura do/a psicólogo/a na função de coordenador não deve ser a de detentor/a do poder, como afirma Moreno (1972, p. 67) “não deve exercer seu prestígio de experimentador mais que qualquer outro membro do grupo”. Dessa forma, o avanço do grupo terapêutico se dá a partir da relação entres os papéis que são assumidos pelos/as participantes (RIVIÉRE, 2005).

Além das atividades já citadas acima, o/a psicólogo/a também pode embasar o seu trabalho na redução de danos ao integrar ações e políticas públicas com os/as usuários/as e suas famílias de forma a prevenir prejuízos. O atendimento domiciliar para conhecimento do contexto e das relações estabelecidas pelos/as usuários/as que precisam dos serviços,

acompanhamento de casos em momentos em que os usuários estão impossibilitados de ir até a instituição, também são tarefas que podem ser desenvolvidas pelo/a profissional de psicologia. Ainda mais, atividades de reabilitação e o trabalho de articulação de redes também perpassa o fazer do/a psicólogo/a (BRASIL, 2013).

As ações desenvolvidas pelo/a psicólogo nos CAPS são prioritárias para garantir a integração social e familiar e oportunizar o desenvolvimento de espaços terapêuticos que possibilitem a construção e compartilhamento de saberes, formação de vínculos e estabelecimentos de ligações afetivas que contribuem para o progresso do tratamento de forma efetiva (FERREIRA *et al.*, 2012).

4 | MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa é de caráter qualitativa, dispondo do método exploratório. A pesquisa qualitativa se empenha em obter uma visão apurada dos fenômenos sociais, a fim de coletar uma interpretação detalhada através de uma análise científica do/a pesquisador/a (SIQUEIRA, 2002). Já o método exploratório tem o objetivo de reunir informações que facilitem na compreensão do problema abordado (SIQUEIRA, 2002; LUDKE; ANDRADE, 1986).

4.2 LOCAL

A pesquisa foi realizada por meio de entrevistas com psicólogos/as nos Centros de Atenção Psicossocial numa cidade localizada no Oeste da Bahia. A assinatura do coordenador da Saúde Mental da cidade demonstrando a conscientização para a realização de tal pesquisa consta na carta de aceite (APÊNDICE 2).

4.3 INSTRUMENTOS E MATERIAIS

A coleta de dados foi realizada através de um questionário de caracterização da amostra (APÊNDICE 3) e um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE 4) elaborados pelos pesquisadores, aplicado apenas aos/às psicólogos/as dos CAPS de um município do Oeste baiano. O questionário é uma técnica de pesquisa, o qual objetiva coletar dados, informações e percepções dos/as participantes sobre determinado assunto investigado (SEVERINO, 2013).

Já entrevista semiestruturada é um instrumento semiaberto, com o objetivo de coletar dados e informações sobre percepções, expectativas e situações com intuito de possibilitar a observação do pesquisador/a (MANZINI, 2004).

4.4 POPULAÇÃO

A população são os centos e quatorze psicólogos e psicólogas que atuam num

município do Oeste da Bahia (CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA BAHIA [CRP 03], 2022).

4.5 AMOSTRA

Participaram da pesquisa apenas psicólogos/as que atuam nos CAPS de um município do Oeste da Bahia e que aceitaram participar da entrevista através da assinatura do TCLE (APÊNDICE 1). Assim, a amostra foi do tipo não probabilística, em que foram entrevistados somente 4 (quatro) psicólogos/as que atuam nos CAPS do município, sendo 2 (dois) psicólogos/as do CAPS I e 2 (dois) psicólogos/as do CAPS Ad III. Foram excluídos da pesquisa aqueles/as que não respondem na totalidade aos dados necessários do questionário e que não tiveram disponibilidade no período da aplicabilidade dela.

4.6 DESCRIÇÕES DA COLETA DE DADOS

Após o projeto ter sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia (IFBA), sendo o CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética) que comprova a aprovação: 60662222.8.0000, os pesquisadores entraram em contato com os/as participantes selecionados/as para informá-los/as sobre a pesquisa e questioná-los/as se havia interesse em contribuir no estudo. Depois da aprovação dos/as profissionais, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE (APÊNDICE 1) e posteriormente foi dada a sequência da pesquisa.

A coleta de dados foi iniciada no dia 06 de setembro e finalizada no dia 12 do mesmo mês do ano de 2022. O questionário de caracterização da amostra e a entrevista semiestruturada foram realizados com os/as participantes de forma presencial de acordo com a disponibilidade do dia e horário que concordaram. O roteiro da entrevista foi utilizado como base dos questionamentos a serem realizados de forma a contemplar o objetivo da pesquisa. As respostas foram gravadas, com o consentimento dos/as participantes, e posteriormente, os dados obtidos foram transcritos para o papel pela pesquisadora, a partir disso, as gravações foram destruídas e os dados transcritos ficarão guardados sob a responsabilidade do pesquisador responsável por um período de cinco anos. O local da pesquisa foi em ambiente fechado, arejado, com mesas e assentos para a realização das respostas do questionário.

4.7 DESCRIÇÃO DA ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados de acordo com os pressupostos éticos e teóricos da psicologia, visando melhoria na saúde mental da população. É priorizado a preservação dos direitos humanos de todos/as os/as participantes, na responsabilidade de manter em sigilo as informações que poderão expor a identidade dos/as participantes da pesquisa.

Quanto à parte qualitativa da entrevista, os dados estão retratados através de uma

análise de conteúdo, a qual segundo Campos (2004) compõe um conjunto de técnicas e procedimentos sistemáticos de análise das narrativas coletadas e percepções do pesquisador e bibliografias existentes.

5 | RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme explicitado anteriormente, este estudo teve como objetivo analisar o conhecimento dos/as psicólogos/as que trabalham no CAPS de uma cidade do Oeste Baiano acerca da história e essencialidade dos serviços ofertados a população. Trazendo como objetivos específicos a compreensão de como os profissionais de psicologia atuantes nesta área entendem o seu fazer, qual o conhecimento dos psicólogos/as sobre a história dos CAPS e da luta antimanicomial e quais são as principais demandas e dificuldades enfrentadas por psicólogos/as que atuam nos CAPS do município em que a pesquisa foi realizada.

O quadro 1 apresenta os dados de caracterização da amostra, os quais permitiram conhecer o perfil de cada um/uma, em termos de idade, sexo, tempo de formação e tempo de atuação no CAPS I ou CAPS ad III. Os/as participantes possuem entre 29 e 40 anos de idade, apresentam um tempo de formação que varia entre 4 e 16 anos e possuem um tempo de atuação como psicólogos/as nas instituições pesquisadas que está entre 1 ano e 6 meses e 10 anos. Com o intuito de preservar a identidade dos participantes, os mesmos serão aqui identificados por um código composto por uma letra seguida de um número P (1), P(2), P(3), P(4).

Participantes	Idade	Sexo	Tempo de Formação	Tempo de Atuação no CAPS I ou CPS Ad III
P1	40 anos	Feminino	16 anos	10 anos
P2	34 anos	Masculino	11 anos	03 anos
P3	35 anos	Feminino	04 anos	01 ano e 6 meses
P4	29 anos	Feminino	04 anos	06 anos

Quadro 1 – Caracterização das Participantes do estudo

Fonte: autoria própria.

A fim de estruturar a análise e abranger as principais respostas dos/as participantes, os resultados estão divididos em seis categorias que são organizadas e apresentadas de acordo com o contexto das falas dos/as profissionais de psicologia entrevistados/as correlacionando-as a referenciais teóricos consoantes a temática pesquisada:

1. Proposta da luta antimanicomial;

2. A atuação do/a psicólogo/a nos CAPS I e CAPS AD III;
3. Principais demandas e dificuldades vivenciadas por psicólogo/a nos CAPS;
4. Fatores psicossociais e adoecimento mental;
5. Propostas dos CAPS em relação a transtornos psicológicos graves e persistentes;
6. Essencialidade dos atendimentos psicoterapêuticos para a vida dos usuários dos CAPS.

5.1 PROPOSTA DA LUTA ANTIMANICOMIAL

Essa categoria avalia o discurso dos/as participantes sobre a proposta da luta antimanicomial e como o desenvolver dessa história impacta as propostas dos CAPS dum município do Oeste da Bahia. De forma geral, os/as participantes pontuaram a importância da luta antimanicomial no que se refere à mudança de um modelo médico assistencial voltado para recrutamento e hospitalização das pessoas em sofrimento mental para um atendimento digno, humanizado e restaurador dos direitos dos/as pacientes. Também apontam como proposta a liberdade e restauração da dignidade do ser, compreendendo que quando há a inserção do/a paciente no meio social, há a progressão e evolução do seu quadro.

É possível perceber que os/as participantes apresentam um bom conhecimento sobre a luta antimanicomial e repercutem esse saber na sua prática profissional diária ao ter contato com os pacientes, como expressa a participante P1:

P1- A proposta da luta Antimanicomial parte do princípio que ela vai tentar reinserir o paciente no meio social, no momento em que ele interage, ele evolui, progride e melhora. Quando você isola esse paciente da convivência ao invés de conseguir resgatar autonomia e o controle dele sobre a sua vida e sobre o seu próprio fazer, você acaba levando ele a um agravamento dos sintomas e não ao processo de melhoria e estabilização.

Como já explicado anteriormente, a proposta da luta antimanicomial e da reforma psiquiátrica visa um tratamento fora dos muros, onde as propostas de trabalho na área da saúde mental para com as pessoas com transtornos mentais contemplem os direitos humanos e intencione uma intervenção voltada para o reconhecimento dos valores oriundos das relações sociais e familiares e das qualidades e aspectos positivos da personalidade dos sujeitos que os impulsionem para a reinserção no mercado de trabalho, nas áreas estudantis e do fazer parte da sociedade de forma geral. Para tanto, os/as pacientes devem receber atendimento humanizado e qualificado prestados por equipes multiprofissionais formadas por médico/a, enfermeiros/as, psicólogos/as, terapeuta ocupacional, educador físico, entre outros, sem ser excluído/a e isolado/a do seu contexto familiar e social (RIBEIRO, 2004; COVELO; BADARÓ-MOREIRA, 2015).

P2 – (...) dessa forma, através desses movimentos, foi possível um novo modelo de tratamento dos sofrimentos psíquicos, que garantisse o tratamento

humanizado e apropriado para os pacientes com transtornos mentais, onde ficou conhecido como a luta Antimanicomial. Com essa regulamentação o CAPS ad pode ofertar atendimento digno para os pacientes com transtorno decorrente do uso de álcool e drogas.

No entanto, o modelo hospitalocêntrico ainda tem permeado a nova proposta de atendimento psicossocial, que caracteriza a falta de informações e políticas de prevenção, e o crescente preconceito em relação ao adoecimento mental, aspectos estes que tentam levar a atenção psicossocial ao retrocesso (FRANÇA; FRANÇA, 2016).

Assim, de acordo com a fala da participante P4 sobre a luta antimanicomial: “se caracteriza pela busca dos direitos das pessoas em sofrimento mental ao cuidado e liberdade, dentro desta luta está o combate à ideia de que se deve isolar a pessoa...”. Reflete-se como a luta contra a estigmatização que implica a visão da sociedade sobre os transtornos mentais é uma realidade vivenciada no presente, visto que o preconceito ainda é uma prisão que encurrala essas pessoas em um conceito de anormalidade que causa medo, aversão e pena.

Manifesta-se a necessidade de uma atuação mais precisa frente ao desenvolvimento e estabelecimento de novas políticas públicas que possibilite a ampliação dos serviços da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) para que com o oferecimento de um tratamento mais utilizado, as raízes do preconceito possam ser questionadas e excluídas na prática profissional (FRANÇA; FRANÇA, 2016; DEMESTEIN, *et al.*, 2005).

5.2 ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO/A NOS CAPS I E CAPS AD III

O Conselho Federal de Psicologia ressalta que o trabalho do/a psicólogo/a no CAPS, além de implantar os direitos dos/as pacientes reconhecidos pela luta antimanicomial, se dá de forma conjunta e ampliada com outros/as profissionais que trabalham no local. Assim, se torna possível o compartilhamento de conhecimento e estratégias que visam um plano de ação e tratamento completo e organizado, visando o/a paciente em sua integralidade (CFP, 2013). Dessa forma, essa categoria visa apresentar a partir das respostas dos/as participantes como se dá a atuação do/a profissional de psicologia nos Centros de Atenção Psicossocial e como os/as psicólogos/as entrevistados/as articulam o seu conhecimento ao conhecimento de outros/as profissionais.

As respostas dos/as participantes se completam entre si, todos/as ressaltaram a importância de mudar a visão da psicologia clínica tradicional ao pensar na atuação do psicólogo/a no CAPS, pois nesse âmbito trata-se de um trabalho que visa a clínica ampliada e o olhar do sujeito como um todo. Portanto, o fazer do/a profissional de psicologia nessas instituições abarca os processos de triagem, psicoterapia individual, coordenação e participação em oficinas e grupos, visita domiciliar e processos judiciais, fazeres que objetivam a reintegração dos vínculos sociais e familiares, mudança de rotina dos/as pacientes, adesão ao tratamento, construção da autonomia e remissão dos sintomas. Para

tanto, utilizam-se os conhecimentos da psicologia como um todo, incluindo os estudos da psicologia sistêmica, os saberes da psicologia comunitária social e técnicas das abordagens reconhecidas na ciência psicológica.

Ressalta-se a fala da participante P1, a qual relata a compreensão do seu fazer laboral dentro da saúde mental de forma abrangente:

P1- A atuação do psicólogo dentro da Saúde mental não se restringe somente a psicoterapia, o trabalho do psicólogo é mais abrangente, ele parte da psicoterapia individual e em grupo onde são envolvidos atividades onde se faz orientação, participação no processo de visita domiciliar, participa de processos judiciais, participa de processo de reestruturação de vínculos, participa de processos de psicoterapia em grupo e reestruturação de vínculo familiar. O psicólogo trabalha não apenas com a psicologia clínica, mas alia ela ao conceito da psicologia comunitária social e da psicologia sistêmica. Não podemos ficar com vieses do tratamento da doença dentro do CAPS, para não ficar limitada.

A participante P4, que atua no CAPS ad III também demonstra uma prática abrangente ao que condiz os pacientes que utilizam álcool e outras drogas, resguardando a autonomia e a dignidade dos sujeitos:

P4 – O profissional psicólogo atua na prevenção e tratamento no uso nocivo de múltiplas substâncias psicoativas, bem como na prevenção a recaída, construção de rotinas, estimular a reintegração social e familiar, busca de autonomia, entre outros.

Desta forma, as práticas desenvolvidas por estes/as psicólogos/as ressaltam a importância da interdisciplinaridade e do trabalho multiprofissional de forma a garantir o bem-estar do sujeito dentro de sua capacidade e sua compreensão sobre saúde mental. Assim, o trabalho dos profissionais que estão vinculados a RAPS deve possuir um viés voltado para a clínica ampliada buscando garantir um atendimento qualificado e humanizado para garantia dos direitos humanos (FIGUEIREDO; RODRIGUES, 2004; BAIROS, 2020).

P2- O psicólogo busca perceber o sujeito como um todo, em seu aspecto social, familiar. Então, a gente trabalha com um viés da clínica ampliada, pois antes o fazer profissional da psicologia era só voltado para clínica tradicional, no setting terapêutico, o atendimento nos consultórios, então aqui nós proporcionamos uma escuta terapêutica ativa em prática, mas também com vieses multifatorial olhando o sujeito como um todo, então essa clínica ampliada ela não se faz só nos consultórios.

Como descrito por Alcebíades; Santos; Oliveira (2022) a atuação destes profissionais nos CAPS se dá de forma conjunta e integrada com outros profissionais e até mesmo outros órgãos da Rede de Atenção à Saúde, visando traçar as melhores estratégias para atender as demandas individuais e coletivas de cada paciente.

5.3 PRINCIPAIS DEMANDAS E DIFICULDADES VIVENCIADAS POR PSICÓLOGOS/AS QUE ATUAM NOS CAPS

Esta categoria tem como intuito investigar quais são as principais demandas vivenciadas pelos/as profissionais participantes da pesquisa e quais as dificuldades mais significativas são enfrentadas por eles/as. Em relação às demandas, os/as participantes ressaltaram que no caso do CAPS I são recebidos pacientes com queixas de sintomas depressivos, ansiedade, diagnóstico de transtorno bipolar, transtorno da personalidade, esquizofrenia e há um alto índice de pacientes com ideias suicidas. Já no CAPS ad III a demanda maior se relaciona a pacientes que utilizam múltiplas drogas e há uma porcentagem de usuários que apresentam transtorno bipolar e esquizofrenia. Sobre as principais dificuldades foram apontados como mais atenuantes a grande quantidade de pacientes em relação à pequena quantidade de funcionários/as, o que dificulta os atendimentos necessários, como a psicoterapia individual, a desarticulação com a RAPS, falta de políticas de prevenção e baixa adesão ao tratamento, mais especificamente por parte de usuários do CAPS ad III e falta de recursos e materiais necessários.

A participante P4 ressalta além do que foi citado, a falta de conhecimento por parte dos profissionais da saúde sobre as demandas de saúde mental:

P4 - As principais demandas no município são de transtornos de ansiedade e depressão, esquizofrenia, transtornos de personalidade, o auto índice de pacientes TAE (Tentativa de autoextermínio, ideia suicida com planejamento, automutilação), principalmente entre o público de adolescentes e jovens. As dificuldades encontradas no CAPS I não só neste município, mas também nos outros municípios que trabalhei estão relacionados à falta de materiais para aplicação dos métodos terapêuticos necessários aos usuários destes serviços, bem como a quantidade pequena de funcionários para efetuar os atendimentos demandados, que estão aumentando significativamente, e a dificuldade para trabalhar em rede, tendo em vista a falta de conhecimento da grande maioria dos profissionais sobre as demandas de saúde mental.

Um estudo recente comprova que problemas relacionados a saúde mental já são considerados a enfermidade do século XXI e a depressão tem ganhado relevância nessa perspectiva. De acordo com a Organização Pan-americana da Saúde (OPAS, 2020) aproximadamente um bilhão de pessoas no mundo demonstravam algum tipo de transtorno mental. Após o cenário pandêmico as estimativas é que estes números aumentem, aliado a este crescente número está a negligência de diversos países com o que se refere ao investimento em políticas de saúde mental (OPAS, 2020).

Esse fato embasa a fala da participante P4 no que condiz com a falta de pessoal adequado para atuar na área da saúde mental e a carência de instrumentos necessários para a prática profissional do/a psicólogo/a, e corrobora a fala do participante P2, o qual ressalta a necessidade de políticas de prevenção que oriente a população sobre os aspectos relacionados a saúde mental e ao funcionamento dos CAPS.

P2 – As principais demandas e dificuldades enfrentadas nos CAPS são a questão da desarticulação da rede, a falta de articulação da RAPS. Aqui nós temos uma matriz da RAPS e ainda temos essa dificuldade com a relação ao acesso dos pacientes, o trabalho articulado em ações com outras políticas públicas não só de saúde mental, mas as políticas públicas intersetorial em geral, ainda se falta esse olhar mais aprofundado com relação ao atendimento multidisciplinar. Além disso, há também o olhar estigmatizado que a sociedade tem do CAPS ADIII, e a falta de políticas de prevenção por isso é necessário trabalhar com a população para que ela tenha essa compreensão do que é o CAPS, porque o nosso trabalho é com a dependência e não com a prevenção.

De acordo Bezerra e Dimenstein (2008) a falta de conhecimento relacionado aos serviços dos CAPS por parte de alguns profissionais da Saúde e a falta de um trabalho multiprofissional são importantes dificuldades enfrentadas pelo/as psicólogos/as. Os autores demonstram a necessidade de oficinas e conferências de saúde mental que possibilitem a capacitação e aperfeiçoamento dos/as trabalhadores/as da saúde para que juntamente com os/as especialistas da área saúde mental, todos estejam qualificados para articular e aprimorar a RAPS através da troca de saberes.

Desta forma, percebe-se a importância do funcionamento da RAPS para ampliação de políticas públicas nos municípios, possibilitando que os seus usuários sejam vistos de forma holística e íntegra, tendo seus direitos garantidos e os sofrimentos amenizados. Assim, os pacientes e população poderão contar não apenas com os serviços dos CAPS, mas um serviço amplo formado por uma equipe composta pelas unidades de saúde do município que é integrada pela UBS, SAMU, UPA, Policlínica e Hospital (ALCEBÍADES; GROSSI, 2022).

Com o que se refere às dificuldades enfrentadas pelos/as psicólogos/as dos CAPS relacionadas à falta de conhecimento sobre os serviços prestados nesta unidade por parte de alguns profissionais da área da saúde, ainda é uma problemática pois, apesar das matérias curriculares das universidades e centros de formação apresentarem a ideia da clínica ampliada, algumas graduações da área da saúde até agora estão voltadas para o modelo hospitalocêntrico e os atendimentos clínicos cristalizados (CRUZ; GUARESCHI, 2012).

P1 – A minha maior dificuldade está voltada para os profissionais da área da saúde aonde eles não conseguem compreender o que é saúde mental, o que é um tratamento do transtorno mental, qual é o papel do CAPS dentro desse âmbito, refaço novamente não estou falando de outros profissionais, ressalto a questão de profissionais psicólogos que atuam no município e não sabem fazer a distinção entre o transtorno grave, severo e persistente e o caso leve que pode ser tratado em processo ambulatorial, então esse pra mim é a maior dificuldade quando os profissionais não tem esse entendimento você não consegue fazer o tratamento de forma em parceria com outros setores.

Além disso, também há a problemática da adesão ao tratamento por parte dos/as pacientes no que condiz com a motivação à mudança, a qual também é influenciada por

fatores de ordem socioeconômica, o que reforça a importância de um olhar integrador para o/a usuário/a e não somente visando o diagnóstico, o tratamento e a redução dos sintomas (WENTZEL, 2016). Neste aspecto, é salientada essa dificuldade principalmente no CAPS ad III, a partir da fala da participante P3, ressalta-se a articulação da rede e a necessidade de políticas públicas que atendam às necessidades do/a paciente. Nesse viés, alguns exemplos de entidades e programas localizados na cidade pesquisada que podem contribuir para diminuir as adversidades enfrentadas pelos/as usuários/as, principalmente ao que tange à vulnerabilidade social, se encontra o CRAS (Centro de Referência a Assistência Social), albergues, abrigos e Centro de Acolhimento à população de rua.

P3 - Principais demandas no caps ad III são pacientes que fazem uso de múltiplas drogas principalmente a cocaína, bem como o álcool. As dificuldades enfrentadas: por ser um público flutuante e em situação de vulnerabilidade social e situação de rua, temos enfrentado também dificuldades como adesão ao tratamento.

A não adesão acaba por se tornar um obstáculo para o fazer do/a profissional de psicologia nos CAPS, visto que é necessário a ação advinda por parte dos/as pacientes para que os resultados ao tratamento sejam favoráveis à vida dos sujeitos. Uma pesquisa realizada por Santos; Scherer (2015) com o objetivo de averiguar a percepção dos/as profissionais de saúde que trabalham em um CAPS AD de uma cidade de Santa Catarina, dos usuários e de seus familiares sobre as propostas dessa entidade para o tratamento de dependência de álcool e outras drogas, apresenta que uns dos principais pontos negativos relatados ao que concerne o tratamento, é a dificuldade de adesão e a pouca participação dos/as familiares nesse processo.

5.4 FATORES PSICOSSOCIAIS E ADOECIMENTO MENTAL

Essa categoria pretende averiguar quais os fatores psicossociais, observados por os/as profissionais entrevistados/as, se tornam influentes para o desenvolvimento do adoecimento mental. Fatores psicossociais podem ser compreendidos como sendo elementos e condições provocadas e presentes no convívio social do indivíduo. Como já abordado anteriormente, a proposta do CAPS no que condiz com a melhoria do/a usuário/a enquadra como necessário a restauração dos vínculos familiares e sociais do indivíduo, a construção da sua autonomia e o restabelecimento na sociedade (CFP, 2013). Assim, se torna extremamente importante reconhecer quais os aspectos sociais vivenciados pelos indivíduos em seu dia a dia impactam a sua saúde mental.

De forma geral, os/as participantes elencaram a quebra do vínculo social, vulnerabilidade social, preconceito e discriminação, violação de direitos, crises profissionais e pessoais como endividamento e divórcio, como sendo os fatores predisponentes mais comuns ao adoecimento mental.

É necessário ressaltar que esses aspectos são percebidos dentro do ambiente de trabalho e dos estudos realizados pelos psicólogos e psicólogas entrevistados/as, mas o

conceito de saúde mental se relaciona com vários outros fatores como o nível de maturação do sujeito, a capacidade de resolução de problemas e de resiliência, de aspectos genéticos, ambientais, sociais, políticos e econômicos (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2007).

Dessa forma a participante P1 expressa:

P1- Pra mim o que mais influência no desenvolvimento do adoecimento mental é quando o paciente não tem um vínculo social estabelecido, não tem uma base, uma família, não tem amigos não tem laços sanguíneos, isso auxiliar ele desenvolver a resolução dos seus próprios problemas. Quando há essa fragilidade dos vínculos familiares e sociais, esse paciente não encontra dentro de si e também não consegue encontrar os instrumentos fora de si para poder lidar com o seu sofrimento mental e o adoecimento o acomete.

A cultura é constituída por diversos valores, o ser humano ao nascer recebe influência do meio, e suas crenças vão sendo construídas a partir de concepções que lhe são apresentadas. Sendo assim, o convívio familiar é essencial para o desenvolvimento e sentimento de bem-estar das pessoas, no entanto, quando este convívio é conturbado pode influenciar do desenvolvimento de transtornos psicológicos (PAPILA; FELDMAN, 2013).

P4 – Os fatores psicossociais que influenciam o adoecimento mental podem ser genéticos, ambientais, traumas, conflitos pessoais e profissionais, crises sociais, pessoais, profissionais até causas inexplicáveis, onde a saúde mental é abalada sem um motivo evidente.

Philippe Pinel compreendia que as causas do adoecimento mental podem estar ligadas a fatores biológicos, alterações cerebrais, fatores hereditários, sofrimentos emocionais e sociais. Ou seja, os fatos contextuais como isolamento, sobrecarga laboral, decepções amorosas, divórcio, conflitos familiares, vícios, necessidades básicas, dívidas, violação de direitos, crises sociais, entre outros, são fatores que contribuem de forma significativa no desenvolvimento dos transtornos mentais (MELEIRO, 2018).

P2- A fome, a tortura, miséria, o abandono, a homofobia o racismo, a desigualdade social todas as formas de tortura que acabam trazendo adoecimento psíquico e emocional para as pessoas.

Uma pesquisa recente realizada com pacientes do CAPS de uma cidade de São Paulo que se autodeclaram negros/as constatou que os traspassamentos do racismo influenciam diretamente a psique dos sujeitos contribuindo não somente para o adoecimento mental, mas para um agravamento do que já se encontra adoecido e assinala a importância de reconhecer e atuar de forma a combater a discriminação racial vivenciada pelos/as pacientes (MOURA, 2020).

P3 – Percebe-se um número considerável de pacientes com relatos do uso nocivo após quebra de vínculo familiar, divórcio, dívidas, luto mal elaborado, abuso sexual, entre outros, tem trazido adoecimento mental para a população.

Consciente disso, o psicólogo/a que atua no CAPS deve basear o seu trabalho de forma a resguardar os direitos de seus pacientes e influenciar na promoção da qualidade

de vida destes, além de contribuir para a supressão de qualquer forma de negligência, discriminação, violência e opressão que os pacientes vivenciam e que são fatores influentes no adoecimento psíquico, como afirma o Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005).

5.5 PROPOSTAS DOS CAPS EM RELAÇÃO A TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS GRAVES E PERSISTENTES

Os serviços dos CAPS são designados para pessoas com transtornos mentais e que apresentam uso abusivo de álcool, crack e outras drogas, incluindo crianças e adolescentes. A partir disso, essa categoria objetiva compreender como se dá o trabalho dos/as profissionais que atuam no CAPS, essencialmente quais são as propostas dos/as psicólogos/as para os/as usuários/as.

De forma geral, os/as participantes apontaram que nos casos dos/as pacientes com transtornos mentais diagnosticados, há uma dificuldade de comunicação com outros/as profissionais da área da saúde devido à pouca atenção na formação profissional destes/as dada a esse tópico, o que acaba dificultando o trabalho dos/as psicólogos/as no CAPS. Em relação às propostas, foram inclusas a promoção do cuidado a saúde mental através da atenção psicossocial contínua, a oferta de um atendimento humanizado visando a reabilitação psicossocial e o resgate e garantia dos direitos civis dos/as pacientes. Foi relatado também sobre a política de redução de danos, acompanhamento clínico e a prevenção à recaída como sendo as principais condutas realizadas em conjunto com os pacientes.

A vista disso, a participante P4 reflete a importância de não olhar somente o diagnóstico e a cura, mas compreender o conceito de saúde como interligado a vários fatores como qualidade de vida, bem-estar, acesso a serviços e estabelecimento dos direitos.

P4- A principal proposta do CAPS I é o cuidado a saúde mental dos pacientes, oferecendo atendimentos a esses usuários, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Como mencionado anteriormente, após a Reforma Psiquiátrica as políticas de saúde mental visam o tratamento de pessoas em sofrimento mental e com necessidades de uso de álcool e outras drogas através de um viés humanitário e dentro do contexto familiar e social do/a paciente, para que assim haja a possibilidade de um acompanhamento especializado através de profissionais capacitados que incluam a corresponsabilização dos familiares, viabilizando assim, novas formas de se prestar atendimento (DEMENSTEIN; SANTOS; BRITO; SEVERO; MORAIS, 2005). Assim os participantes P2, P3 expressaram:

P2- Nossa proposta trabalha na lógica de promover o cuidado de saúde mental através da atenção psicossocial contínua, mas sempre buscando viés territorial, porque esse paciente precisa estar inserido no seu território, ele

precisa conviver com a sua família porque antes, as pessoas que sofriam com transtornos mentais e com necessidades de uso de álcool e outras drogas não tinham acesso ao atendimento humanizado, um atendimento que prioriza os direitos, onde elas não tinham direito ao livre acesso de poderem viver em à vida comunitária, familiar.

P3- O CAPS ADIII funciona de portas abertas, acolhe pacientes com transtornos mentais decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas e trabalha na estimulação de sua reintegração social e familiar, busca de autonomia, prevenção à recaída, prevenção e tratamento do uso nocivo, redução de danos e minimizar os danos à saúde, sociais e econômicos associados ao uso prejudicial de álcool e outras drogas.

O trabalho da equipe do CAPS visa elaborar estratégias que levem em consideração a subjetividade e o sofrimento de cada paciente, seu contexto social, as fragilidades e potencialidades a fim de reduzir suas dificuldades e possibilitar a sua integração familiar e social. Desta forma é possível a formação de vínculos e ligações afetivas que influenciam no tratamento e promova resultados efetivos (ALCEBÍADES; SANTOS; OLIVEIRA, 2022).

5.6 ESSENCIALIDADE DOS ATENDIMENTOS PSICOTERAPÊUTICOS PARA A VIDA DOS USUÁRIOS DOS CAPS

Essa categoria se destina a compreender quais efeitos os atendimentos ofertados nos CAPS refletem na vida dos/as pacientes, na dinâmica familiar e na sociedade como um todo. Os/as participantes expressaram em suas falas que os trabalhos objetivam incitar a compreensão por parte dos/as usuários sobre o seu adoecimento, as causas e os meios de prevenção, estabelecer uma rotina de autocuidado, promoção da autonomia, independência, empoderamento e autoconfiança, resgatar a importância de reconhecer a subjetividade do ser, contribuir para a restauração dos vínculos familiares e reinserção social e desmitificar o tabu de que a psicologia é somente para “loucos”, mudando a concepção de adoecimento e saúde mental que a sociedade apresenta e resgatando a força do apoio ao próximo.

P1 – então, em primeiro momento a gente promove a compreensão do seu adoecimento, quais são as causas, os gatilhos que levam ele está do jeito que está e como ele pode evitar ou se pode se prevenir a tal situação, assim ele aprende a identificar esses fatores e aprende a ter uma rotina de autocuidado(...). Então, você trabalha com o paciente promovendo junto com ele a sua autonomia e sua independência para que ele possa caminhar com seus próprios pés, essa é a nossa ação aqui no serviço, juntamente com a reconstrução vínculos familiares.

Uma vez que o trabalho ofertado pelos CAPS se dá de forma conjunta com outros profissionais, através dos grupos terapêuticos e o atendimento terapêutico singular, propicia-se o desenvolvimento de planos de atendimento que proporciona o rompimento da segregação social. Dessa forma, o paciente se torna consciente do seu sofrimento, o que permite aos profissionais construir juntamente com ele e seus familiares hábitos

de autocuidado para que ele saiba lidar com suas questões de forma mais assertiva (DEMENSTEIN, *et al.*, 2005).

P2 - Promovem mais cidadania para usuário, promove o poder de tomada de decisão, autoconfiança e determinação. Com a questão do retorno à recessão social dele também fortalecendo ele no sentido da resiliência emocional, auto confiança para esse retorno, porque o retorno à sociedade é uma fase bastante desafiadora, sendo que o maior desafio não é quando ele tornou-se consciente da dependência, mas quando ele já está bem, quando já está nessa caminhada para a recuperação, quando ele já está se mantendo em abstinência por algum tempo, porque surgem alguns obstáculos por isso é importante trabalhar a prevenção de recaídas, o restabelecimento o fortalecimento dos vínculos familiares, o desenvolvimento das potencialidades psicológicas dele, para ele lidar com a situação.

A atuação do/a profissional de psicologia no CAPS tem um diferencial importante, que se encontra no conhecimento psicológico e na técnica, recursos reconhecidos pela ciência e pela ética profissional. Assim, desde a escuta, elaboração de um plano de tratamento para o/a usuário e a aplicação desse plano, o/a psicólogo/a apresentará uma visão única de ser humano, oferecendo aos/às outros/as profissionais a compreensão daquilo que eles/as não percebem de antemão e que é essencial para a melhora do/a paciente (SANTOS; CAMPELLO; BRANCO, 2017).

P4 - A busca por atendimento psicológico nem sempre acontece por vontade próprio pelo usuário, porém quando o mesmo se depara com a dinâmica dos atendimentos, quebra-se um tabu em que muitos ainda acreditam que os profissionais de psicologia são para "loucos". A atuação familiar nesse momento é muito importante justamente com o psicólogo para promover bem-estar aos pacientes, o que tem dado resultados positivos na reabilitação dos mesmos.

À vista disso, o/a psicólogo/a deve embasar a sua atuação no CAPS de forma a colaborar para a supressão de preconceitos e estigmas, e reduzir todas as condições que interfiram na saúde mental dos/as pacientes. Visará não somente o diagnóstico, mas como reflete Basaglia (1985), colocará o ser humano antes da sua enfermidade, isso implica o trabalho para a promoção de saúde, causando efeitos não somente na vida do/a paciente, mas em seu meio familiar e na sociedade como um todo (SANTOS; CAMPELLO; BRANCO, 2017).

6 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com o que foi elaborado, o presente projeto apresenta aspectos sobre a essencialidade dos serviços dos CAPS num município do Oeste da Bahia, constatando sua eficácia no atendimento humanizado e profissional a pessoas em sofrimento mental. Os objetivos da pesquisa consistiam em compreender a atuação do/a profissional de psicologia no CAPS do município, qual o conhecimento por parte dos/as profissionais

entrevistados acerca da luta antimanicomial e como isso influencia nas propostas que os CAPS ofertam aos usuários, quais as principais demandas e dificuldades enfrentadas pelos/as profissionais de psicologia e a essencialidade dessas entidades, principalmente no que condiz com o fazer do psicólogo, para a vida dos pacientes.

Assim, compreende-se que o trabalho do/a psicólogo/a no CAPS se dá de forma conjunta com o trabalho de outros/as profissionais como médico/a, enfermeiro/a, educador/a físico/a, terapeuta ocupacional e através do atendimento psicoterapêutico individual, grupal, visita domiciliar e demais ações desenvolvidas, visando a melhora do sujeito de forma a contribuir para a restauração dos vínculos familiares, construção da autonomia e autoconfiança do ser para que possam em sua vida diária e no seu convívio social viver da melhor forma possível.

É necessário enfatizar que, como afirmado pelos/as participantes, existem dificuldades encontradas na rotina de trabalho dos/as profissionais de psicologia nos CAPS como por exemplo, a falta de estrutura e material para aplicação de técnicas e métodos psicológicos, a falta de conhecimento dos aspectos que atravessam o adoecimento mental por parte de diversos/as profissionais que atuam nesse âmbito, vínculos familiares rompidos e/ou falta de rede de apoio aos/às pacientes, grande número de demandas para poucos/as profissionais, não adesão ao tratamento por parte de alguns usuários e usuárias e um fator importante, a falta de articulação com a rede de saúde mental da cidade.

Conclui-se que mesmo com as dificuldades vivenciadas, essas instituições são extremamente essenciais na vida dos sujeitos que a envolvem e do público-alvo que objetiva. Assim, se ressalta a compreensão dos/as profissionais sobre a história da luta antimanicomial e a importância das práticas humanizadas, reinserção do vínculo social e familiar e a necessidade de resgatar o indivíduo para que ele seja sujeito de sua vida. Através de um trabalho humanizado e integrador, esses/as profissionais podem contribuir para modificar a vida dos pacientes, de forma que eles sejam defensores e vivam os seus direitos.

Mesmo diante da relevância da atuação dos/as psicólogos/as nos CAPS, houve certa dificuldade quanto à procura de trabalhos científicos e referências bibliográficas relacionadas a atividades e ações dentro das unidades (o fazer dos psicólogos eram mencionados de forma implícitas). A falta de conhecimento sobre o fazer do/a profissional de psicologia nos CAPS contribui para o preconceito, estigmatização e a não adesão aos serviços prestados. Dessa forma, se reforça a importância da publicação e divulgação deste material e a necessidade de mais pesquisas abordando a temática para facilitar a elaboração de planos de prevenção, intervenções e uma compreensão explícita de como se dá esta atuação.

Além disso, ficou explícito que a história da saúde mental é marcada por um grande preconceito e estigmatização que influencia na forma como a sociedade percebe as pessoas com transtornos mentais, sendo necessário campanhas de conscientização para auxiliar

na promoção, prevenção e recuperação da pessoa com transtornos psicopatológicos, e a forma dos familiares e sociedade lidarem com o adoecimento mental.

DEDICATÓRIA

A todas as pessoas com transtornos mentais que ao longo da história tiveram seu sofrimento intensificado devido ao grande preconceito, que foram rotulados, estigmatizados, encarcerados, excluídas do convívio familiar e social, esquecidas, torturadas e mortas dentro dos hospitais psiquiátricos, aos que tiveram seus direitos violados pelo simples fato de não conseguirem se encaixar dentro dos elevados padrões ditados pelos que se intitularam sãos.

A todos os profissionais da medicina, psicologia, sociologia, pedagogia, entre outras. Aos familiares das pessoas com psicopatologia que lutaram por um tratamento humanizado e de qualidade, pela validação dos direitos desses pacientes. Dedico ao meu esposo Wanderson Alcebiades, aos meus filhos André, João Miguel e Maria Sofia, à minha mãe (*in memoriam*) que era uma mulher guerreira que me ensinou a lutar pelos meus sonhos e ideais. Ao meu orientador Me. André Oliveira, a todos meus professores que contribuíram de forma relevante na minha formação em especial a professora Anizia Pareja (*in memoriam*) uma humanista nata que marcou todo o colegiado de psicologia da UNIFAAHF, ela exalava amor por onde passava com uma vontade de viver deslumbrante.

Dedico ainda ao Cristo ressurreto que me olhou com seus olhos de amor, me valorizou em meio a minha loucura, a Ele que decidiu investir em mim quando ninguém mais queria.

AGRADECIMENTOS

Ao Deus redentor, autor do meu destino e minha salvação, meu guia, meu socorro presente na hora da angústia, ele “levanta o pobre do pó, e do monturo levanta o necessitado, para o fazer assentar com os príncipes” (BÍBLIA, Salmo, 113,7-8, p.809).

Ao meu esposo Wanderson Alcebiades, companheiro fiel, meu provedor, meu melhor amigo, amor da minha vida, meu principal incentivador que não mediu e nem mede esforços para me promover. Aos meus filhos André Luiz, João Miguel e Maria Sofia pela compreensão quando eu não podia comparecer em alguns eventos e momentos (meu coração gritava de dor) devido à necessidade de estudar para os trabalhos, provas, aulas e estágios, eles seguraram nas minhas mãos e me fortaleceram nos momentos de dificuldades, a todos os filhos e filhas do coração que sempre me encorajaram nesta caminhada despertando o melhor de mim. Aos familiares e amigos que, com muito apoio não mediram esforços para que eu chegasse a esta etapa de minha vida.

Agradeço aos membros da Igreja Assembleia de Deus de Candangolândia-

ADECAN que sempre me apoiaram e incentivaram nessa caminhada. A minha pastora Claudia Wenceslau que com seu amor e fé sempre teve e tem um bálsamo para o meu coração. A minha psicóloga Gabrielle Araújo que cuida da minha saúde mental, aos meus colaboradores que sempre se dedicaram ao máximo para que eu pudesse me dedicar aos estudos. Ao professor André Oliveira por sua orientação, sempre com sua postura de um profissional ético, dedicado e preparado, seu amor e zelo pela ciência é admirável e contagiante. A todos os professores do colegiado de psicologia, em especial amada professora Raquel Rocha, e a inesquecível Anizia Pareja (*in memoriam*).

Ao Curso de Psicologia da UNIFAAHF, e as pessoas com quem convivi nesse espaço ao longo desses anos. A experiência de uma formação compartilhada na comunhão e conflitos com amigos nesses espaços foram marcantes na minha formação acadêmica, no entanto quero agradecer em especial a Camila Souza pelo auxílio na produção deste trabalho, a minhas amigas Geovana Rodrigues, minha companheira de trabalhos e produções que me estimulou como estudar de forma correta, que me incentivou nos momentos de desânimo, e a amável Rose Gama que tinha sempre uma palavra branda e sensata para nos encorajar.

Ademais, é importante descrever a prontidão e o profissionalismo de cada psicólogo e psicóloga, que mesmo em meio a correria dos atendimentos e a crescente demanda de pacientes se prontificaram em responder à pesquisa. O olhar e a paixão que cada um/a demonstrou serviu de encorajamento para a busca de aperfeiçoamento no que se refere às políticas de saúde mental, nos levando a acreditar que é possível prestar atendimento qualificado e humanizado, enxergando a pessoa além do seu adoecimento. Enfim, sou extremamente grata a Deus por ser cercada de pessoas extraordinárias que fazem minha vida mais feliz!

REFERÊNCIAS

ALENCAR, A.; ROLIM, S; LEITE, P. A história da loucura. **Revista de Psicologia**, v.7, n 21, p.15-24, 2013.

ALCEBÍADES, E. C. S; SANTOS, C. S; OLIVEIRA, C. A. N. **A atuação do/a psicólogo/a nos centros de atenção psicossocial caps**. In: XIV ENICOB - Encontro de Iniciação Científica do Oeste da Bahia - UNIFAAHF, 2022. Disponível em: <https://www.doity.com.br/anais/xivenicob/trabalho/244219>.

ALCEBÍADES, E. C. S; GROSSI, F. R. S. **Descrição e funcionamento da rede de atenção psicossocial (raps) no brasil**. In: XIV ENICOB - Encontro de Iniciação Científica do Oeste da Bahia - UNIFAAHF, 2022. Disponível em: <https://www.doity.com.br/anais/xivenicob/trabalho/244208>. Parte inferior do formulário

ANTUNES, M. A. M. A psicologia no brasil: um ensaio sobre sua constituição. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, n 32, p. 44-65, 2012.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 1ª ed., 2013.

BAIROS, C. A. O trabalho do psicólogo em grupos de saúde mental nos CAPS. **Anuário Pesquisa e Extensão Unoesc São Miguel do Oeste**, n 5, 2020.

BARBOSA, A. A. P. A saúde mental no Brasil e seus desafios na atualidade. **Revista Científica Semana Acadêmica**, n. 200, 2020.

BASAGLIA, F. **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro, Graal, 1985.

BATISTA, M. D. G. Breve história da loucura, movimentos de contestação e reforma psiquiátrica na Itália, na França e no Brasil. **Revista de Ciências Sociais**, n 40, p.391-404, 2014.

BERGER II, D. R., **A insanidade da loucura** - definindo a doença mental. SEBI: Brasília/DF, 2019.

BÍBLIA SAGRADA. Tradução João Ferreira de Almeida. São Caetano do Sul/SP, 1ª ed, p. 809, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**, 2ª ed. Brasília, 2007. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampiada_2ed.pdf. Acesso em 20 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso 20 de jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em 21 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção à saúde**. Departamento de atenção básica. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Manual de estrutura física dos centros de atenção psicossocial e unidades de acolhimento**: orientações para elaboração de projetos de construção de CAPS e de UA como lugares da atenção **psicossocial nos territórios**. Brasília, 2013.

CALVETTI, P. U.; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicologia, ciência e profissão**, 27(4), 2007.

CAMPOS, C. J. G. Método de Análise de Conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília DF, 2004.

CANTELE., A.; ARPINI, D. M.; ROSO, A. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. 4, 2012.

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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. CFP, Brasília, 2005.

COVELO, B. S. R.; BADARÓ-MOREIRA, M. I. Laços entre família e serviços de saúde mental: a participação dos familiares no cuidado do sofrimento psíquico. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, n 19, p. 1133-1144, 2015.

CRUZ, L. R.; GUARESCHI, N. M. F. **O psicólogo e as políticas públicas de assistência social**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F.; BRITO, M., SEVERO, A. K.; MORAIS, C. Demanda em saúde mental em Unidades de Saúde de Família. **Mental**, v. 3, n. 5, p. 0, 2005.

FERREIRA, A. A. *et al.* Redesenhando a prática do psicólogo no CAPS de Quixada/CE. **Revista Expressão Católica**, v 1, n 2, 2012.

FIGUEIREDO, V. V. D.; RODRIGUES, M. M. P. Atuação do psicólogo nos CAPS do Estado do Espírito Santo. **Psicologia em Estudo**, 9(2), p. 173-181, 2004.

FOUCAULT, M. **A história da loucura na idade clássica**. São Paulo/: Editora Perspectiva, 1978.

FRANÇA, G. K. C. S.; FRANÇA, H. A. A estigmatização da loucura e a exclusão social. **Revista Interdisciplinar em Cultura e Sociedade**, p. 65–81, 2016.

FREITAS, L. B. A evolução da saúde mental no brasil: reinserção social. **Revista Científica Semana Acadêmica**, v 126, n 1, 2018.

FONTE, E. M. M. Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil. **Revista Estudos de Sociologia**, v 1, n 18, 2012.

LUDKE, M.; ANDRADE, M. E. D. **Pesquisa em educação: Abordagem qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986.

MAZINE, E. J. **Entrevista semiestruturada: análise de objetivos e de roteiros**. **Seminário Internacional sobre pesquisa e estudos qualitativos**, Bauru, SP, 2004.

MARTINHAGO, F.; CAPONI, S. Breve histórico das classificações em Psiquiatria. **Revista Internacional Interdisciplinar**, v 16, n 1, p.74-91, 2019.

MELEIRO, A. M. A. S. **Psiquiatria: Estudos fundamentais** (1ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MESQUITA, J. F.; NOVELLINO, M. S. F., CAVALCANTI, M. T. **A reforma psiquiatra no Brasil: Um novo olhar sobre o paradigma da saúde mental**. Abepo, n 1, p.9, 2010.

MORENO, J. L. **Fundamentos dela Sociometria**. Buenos Aires, Argentina, 1972.

MOURA, L. S. **Saúde mental, racismo e adoecimento psíquico da população negra: um estudo de caso no CAPS de Cubatão**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2020.

OLIVEIRA, M. F. **Metodologia científica: um manual para a realização de pesquisas em Administração**. Catalão: UFG, 2011.

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde. **Países estão falhando na implementação de serviços de saúde mental durante pandemia de COVID -19.** Washington (D.C); 2020.

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

RIBEIRO, S. L. A criação do centro de atenção psicossocial espaço vivo. **Revista Psicologia Ciência e Profissão**, v 24, n 3, p. 92-99, 2004.

RIVIÉRE, E. P. **O processo Grupal**. 8º Ed. São Paulo, 2009.

SANTOS, P. A. N. D.; MIRANDA, M. O percurso histórico da reforma psiquiátrica até a volta para casa. **Revista Escola de Medicina e Saúde Pública**, (2015).

SANTOS, Y.; SCHERER, A. A percepção de profissionais da saúde, usuários e familiares de um CAPS-AD acerca do tratamento da dependência do álcool. *Ânima Educação*, 2015. Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/10364/1/artigo%20para%20o%20cd%20yara.pdf>. Acesso em: 01 de novembro de 2022.

SANTOS, M. P.; CAMPELLO, P. C.; BRANCO, F. R. Atuação ética do psicólogo na reabilitação e reinserção do paciente psiquiátrico no CAPS. **Revista de trabalhos acadêmicos – Universo Salvador**, 1(3), 2017.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 1.ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SILVEIRA, L. C.; Braga, V. A.B. Acerca do conceito de loucura e seus reflexos na assistência de saúde mental. **Revista Latino-Am Enfermagem**, v 13, n 4, p. 591-595, 2005.

SILVA, G. B.; HOLANDA, A. F. Primórdios da assistência em saúde mental no Brasil (1847-1930). **Memorandum: Memória e História em Psicologia**, n 27, p. 127-142, 2014.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Revista Saúde Coletiva**, v 17, n 1, p.29-41, 2007.

SIQUEIRA, S. **O trabalho e a pesquisa científica na construção do conhecimento**. Governador Valadares: Univale, 2002.

TORRE, E. H. G.; AMANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v 6, n 1, p. 73-85, 2001.

WADI, Y. M. Uma história da loucura no tempo presente: os caminhos da assistência e da reforma psiquiátrica no estado do Paraná. **Revista Tempo e Argumento**, v 1, n1, p. 68-98, 2009.

WENTZEL, T. R. **Adesão de usuários ao tratamento em centro de atenção psicossocial para álcool e drogas – CAPS –AD**. Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em Gestão em Saúde. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2016.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A essencialidade dos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial no Município de Luís Eduardo Magalhães-Ba

Instituição dos pesquisadores: Centro Universitário Arnaldo Horácio Ferreira - UNIFAAHF

Professor(a) orientador(a)/Pesquisador responsável: Ms. Carlos André Nogueira Oliveira

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Instituto Federal da Bahia/IFBA, com o CAAE _____ em ___/___/___, telefone 3612-9663, e-mail barreiras@ifba.edu.br.

- O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar como voluntário do projeto de pesquisa intitulado: **A essencialidade dos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial no Município de Luís Eduardo Magalhães – Ba**, cujo **pesquisador responsável** é: Ms. Carlos André Nogueira Oliveira e a **pesquisadora auxiliar** é Edivanete Cavalcante dos Santos Alcebiades.
- Sua participação é voluntária, não remunerada, e, caso queira se retirar em qualquer etapa da pesquisa não haverá nenhum dano ou prejuízo. Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Em caso de dúvidas, a equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).
- Este estudo se justifica pela necessidade de compreender o funcionamento das políticas de saúde mental num município do Oeste da Bahia, através da percepção dos/as psicólogos/as e ações promovidas por meio da desinstitucionalização da loucura, que visam efetivar a promoção e prevenção na saúde mental através dos CAPS na região, uma vez que existe carência destes dados e informações, cujos objetivos específicos são: 1) compreender se o/a profissional de psicologia conhece como deve ser a sua atuação nos CAPS I e CAPS Ad III; 2) averiguar o conhecimento dos psicólogos/as acerca da luta antimanicomial, a atuação dos CAPS e sua história; 3) averiguar quais as principais demandas e dificuldades enfrentadas pelos/as psicólogos/as dos CAPS do município.
- A coleta dos dados será no CAPS I e no CAPS Ad III, com dia e horas marcada previamente, sendo realizada em setembro de 2022, em uma sala fechada, climatizada com mesas e cadeiras e com iluminação artificial, tendo em média cada entrevista a duração aproximada entre 1 hora e 1 hora e meia.
- A pesquisa será realizada a partir de uma entrevista semiestruturada, a qual será realizada a partir do encontro entre pesquisador e participante, de acordo

a disponibilidade de dia e horário do último. As coletas dos dados ocorrerão de forma individual e em locais reservados, com iluminação e confortos adequados. Durante a entrevista, as respostas dos participantes serão gravadas, a partir do consentimento dos voluntários. Após a entrevista, o pesquisador responsável efetuará a transcrição do conteúdo gravado e apagará as gravações.

- Este estudo possui riscos como a possibilidade de o estudo proporcionar alterações na rotina do (a) profissional uma vez que disponibilizará cerca de 1 hora e 1 hora e 30 minutos do seu tempo para responder o questionário. Para minimizar esse risco, a coordenação das instituições que se relacionem a pesquisa será comunicada sobre a entrevista semiestruturada e o período que pode ser preciso para efetuar-la, dessa forma os profissionais que serão entrevistados poderão se organizar com antecedência para dispor o seu tempo visando contribuir com a pesquisa. Além disso, existe o risco da quebra de sigilo dos dados do/a participante, para prevenir essa ocorrência, os questionários serão guardados em um armário chaveado com acesso restrito aos pesquisadores. Além disso, pode-se apresentar riscos em relação a fatores de ordem física e/ou psicológica, os quais podem se apresentar em formas de sintomas ansiosos, constrangimento, desconforto e abalo emocional em relação as perguntas sobre a temática. Caso esses desagradados ocorram, os participantes serão encaminhados para acompanhamento psicológico, sendo o mesmo prestado de forma gratuita pela Clínica Escola do Centro Universitário Arnaldo Horácio Ferreira, para receber os cuidados e acolhimentos cabíveis.
- Os benefícios que poderão ser proporcionados aos participantes são: oportunidade de partilharem o seu conhecimento e experiências nesta pesquisa, a qual poderá servir como base para outros estudos científicos, como também para outros profissionais que irão atuar nesta área da saúde. Além da possibilidade de geração de avanços e melhorias nos locais de trabalho que beneficiem os mesmos.
- Caso este procedimento gere algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo. Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisas (Resolução 466/12), você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.
- Os seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores. O material com suas informações ficará guardado sob a responsabilidade do pesquisador Carlos André Nogueira Oliveira com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade em arquivo, físico ou digital, sob sua responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa.
- A pesquisa e o presente termo levam em consideração as normas éticas presentes na Resolução N° 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e Ministério da Saúde (MS), a qual predispõe sobre as normas referentes as atividades de pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.
- O/ (a) Sr. (a) tem acesso a qualquer etapa do estudo, bem como aos profissio-

nais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador desta pesquisa é o professor Carlos André Nogueira Oliveira, que pode ser encontrado no endereço: Rua Br 135, Km 01, nº2.341, Bairro Boa Sorte, CEP:47805-270, Barreiras- BA e telefone (77) 99831-8773.

- Se o Sr (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a Ética da Pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do IFBA (CEP), localizado na Av. Araújo Pinho nº 39, Canela, Salvador -BA, Tel 71 3221-0332, cep@ifba.edu.br. “Os CEP são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos” conforme a resolução 466/12, item VII.2 do Conselho Nacional de Saúde.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Eu, _____
_____, RG _____, após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Luís Eduardo Magalhães, _____ de _____ de 2022.

Participante da Pesquisa

Carlos André Nogueira Oliveira, telefone (77) 99831-8773, E-mail:
andreoliveirapsi@hotmail.com.

Pesquisador responsável

Edivanete Cavalcante dos Santos Alcebiades, telefone 77-99817-7624, E-mail:
alcebiades2605@gmail.com

Pesquisadora auxiliar

APÊNDICE B – CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL

CARTA DE ACEITE INSTITUCIONAL

Luis Eduardo Magalhães, 29 de julho de 2022

Prezado/a:

Coordenador/a do Comitê de Ética e Pesquisa

A Secretaria de Saúde do Município de Luís Eduardo Magalhães vem por meio desta informar que está ciente e de acordo com a realização nesta instituição da pesquisa intitulada “A essencialidade dos serviços dos Centros de Atenção Psicossocial no Município de Luís Eduardo Magalhães”, sob a responsabilidade do pesquisador responsável Ms. Carlos André Nogueira Oliveira, a ser realizada no período setembro e outubro de 2022.

Esta instituição está ciente da liberação/entrada dos pesquisadores para a coleta dos dados referentes à pesquisa, somente mediante a apresentação do PARECER de APROVADO pelo CEP. Esta instituição é consciente de sua co-responsabilidade pelo presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

O pesquisador responsável declara estar ciente das normas que envolvem as pesquisas com seres humanos, em especial a Resolução CNS nº466/12 e no que diz respeito à coleta de dados que apenas será iniciada após a APROVAÇÃO DO PROJETO por parte do Comitê de Ética em Pesquisa - (CEP) e pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - (CONEP), se também houver necessidade.

também houver necessidade.

Luís Eduardo Magalhães-BA, 29 de julho de 2022

M. Secretário Municipal de Saúde
Luís Eduardo Magalhães-BA

Manoel Carlos Nogueira Oliveira

Luís Eduardo Magalhães-BA, 29 de julho de 2022

Nome e Carimbo com o cargo do representante da instituição onde será realizado o projeto

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

DADOS DO/A PSICÓLOGO/A:

Nome: _____

Idade: _____

Formação além da graduação: _____

Período de atuação no CAPS: _____

Tempo de Formação como psicólogo/a: _____

Unidade de atuação: _____

Instituição em que se graduou: _____

APÊNDICE D – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

- 1- De acordo com o seu conhecimento como se dá a atuação do psicólogo/a nos CAPS I e CAPS Ad III?

- 2- Quais são suas principais demandas e dificuldades enfrentadas nos CAPS do município?

- 3- Qual a proposta dos CAPS I e Ad III com o que se refere a pacientes com transtornos psicológicos graves e persistentes?

- 4- De acordo como seu entendimento, qual a proposta da luta antimanicomial?

- 5- Qual a sua compreensão sobre os serviços ofertados pelos CAPS e a sua opinião sobre a utilidade dos mesmos?

- 6- Quais são suas maiores dificuldades em seu âmbito de trabalho?

- 7- De acordo com seu conhecimento e experiência, quais fatores psicossociais podem influenciar no desenvolvimento do adoecimento mental?

- 8- Quais os efeitos que os atendimentos psicoterapêuticos promovem na vida dos usuários dos CAPS, e conseqüentemente na dinâmica familiar e da sociedade luiseduardense ?

BIOÉTICA E SAÚDE MENTAL INDÍGENA: INTERCULTURALIDADE OU INTEGRACIONISMO?

Data de submissão: 07/09/2023

Data de aceite: 02/10/2023

Angélica Cruz De Morais

Graduada em Relações Internacionais pela Faculdade de Campinas (FACAMP).

Graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário Dom Bosco (UNDB).
São Luís - Maranhão

RESUMO: A presente pesquisa busca fazer uma análise sobre como a prática psicológica constrói seus limites bioéticos nas intervenções em comunidades indígenas, tendo em vista o histórico eugenista e colonial do Estado brasileiro e da profissão. Discutiremos como o encontro entre culturas distintas pode assumir caráter de dominação pelo profissional não-indígena, uma vez que o saber psicológico ainda é permeado por teorias e práticas eurocentristas, as quais pouco abrangem o que é a saúde mental indígena e suas complexas subjetividades. Desse modo, delinearemos o passado colonial do Brasil e como este contribui para o apagamento atual do sujeito-coletivo originário nas discussões de saúde mental. Ademais, utilizou-se a pesquisa bibliográfica de pesquisadores da saúde indígena para abordar as medidas constitucionais e políticas responsáveis

por criar leis, diretrizes e instituições que asseguram os direitos e acessos das populações indígenas à saúde diferenciada. A partir das definições do que é saúde e adoecimento nas cosmovisões originárias, elabora-se um paralelo à necessidade de uma atuação psicológica bioética pautada no princípio da autonomia, uma vez que é fundamental estabelecer limites para as intervenções de psicólogos não-indígenas, os quais estão distantes das realidades tradicionais e, portanto, devem assumir uma posição de escuta e aprendizagem em consonância com os parâmetros culturais do povo em questão.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental indígena; limites bioéticos; interculturalidade; intervenção psicológica; colonialismo.

BIOETHICS AND INDIGENOUS MENTAL HEALTH: INTERCULTURALITY OR INTEGRATIONISM?

ABSTRACT: This research seeks to analyze how psychological practice builds its bioethical limits in interventions in indigenous communities, considering the eugenics and colonial history of the Brazilian State and the profession. It will

discuss how the encounter between different cultures can assume a character of domination by the non-indigenous professional, since psychological knowledge is still permeated by Eurocentric theories and practices, which do not cover what indigenous mental health and its complex subjectivities. In this way, Brazil's colonial past will be outlined and how it contributes to the current erasure of the original collective subject in discussions of mental health. In addition, bibliographical research by indigenous health researchers was used to address the constitutional and political measures responsible for creating laws, guidelines and institutions that ensure the rights and access of indigenous populations to differentiated health. Based on the definitions of what health and illness are in the native cosmologies, a parallel is drawn up to the need for a bioethical psychological action based on the principle of autonomy, since it is fundamental to establish limits for the interventions of non-indigenous psychologists, who are far from traditional realities and, therefore, must assume a position of listening and learning in line with the cultural parameters of the people in question.

KEYWORDS: Indigenous mental health; bioethical limits; interculturality; psychological intervention; colonialism.

1 | INTRODUÇÃO

O objetivo central do seguinte trabalho é discutir de quais formas os profissionais de psicologia podem estabelecer limites bioéticos para intervenções no âmbito da saúde mental de populações indígenas, em virtude do histórico paternalista e eugenista das práticas de saúde no Brasil. Primeiramente, retoma-se o período colonial brasileiro, no qual se iniciou o processo de genocídio etnocultural das populações originárias, sobretudo por meio da invasão de terras, aldeamento, trabalho forçado, estupro e catequização.

O processo de colonização desencadeia diversas formas de sofrimento psíquico em virtude da discriminação cultural e descaso do Estado perante as necessidades dos povos indígenas. Assim, abordaremos quais são as aproximadas definições e práticas de saúde mental adotadas pelos povos indígenas, a presença dos pajés e xamã, benzedadeiras e curandeiras, a utilização de plantas curativas e as influências espirituais nos aspectos subjetivos.

O trabalho em questão demonstra a necessidade de discussão na comunidade científica de métodos investigativos e de intervenção psicológica que respeitem a diversidade subjetiva e cultural dos povos indígenas, em virtude do passado colonial e eugenista da experiência psicológica brasileira, a qual buscava criar uma sociedade geneticamente padronizada e socialmente controlável. (FAGGION, 2018) A principal motivação para o aprofundamento nesse assunto é a frequente violação de direitos à autonomia e autogestão dos povos indígenas, assim como a ideologia de superioridade técnica e tecnológica que a comunidade científica exerce perante aos povos originários. Portanto, as principais contribuições para a área é elaborar condutas éticas com o intuito de estabelecer limites étnico-culturais para a atuação de um psicólogo não-indígena numa comunidade indígena. (MOONEN, 1983)

Busca-se assim trazer o conceito bioético de autonomia para indicar sua ligação com situações em que o paciente é um coletivo formado por indivíduos culturalmente distintos do psicólogo, com definições e práticas de saúde distintas e como este pode executar intervenções de acordo com as bases de conhecimento de saúde mental desta cultura diferente, sem que haja uma tentativa de integração da coletividade indígena na lógica ocidental, tendo em vista o seu passado colonial paternalista das práticas de saúde.

2 | O PROCESSO DE COLONIZAÇÃO

A partir da invasão dos portugueses em 1500 no território que conhecemos como Brasil, iniciou-se o processo de colonização, pautada na dominação dos povos originários que habitavam toda a extensão territorial das Américas com o objetivo de extração e comercialização dos recursos naturais presentes ali. Contudo, as culturas e práticas tradicionais das populações autóctones foram violentamente reprimidas e subjugadas, uma vez que a lógica europeia de dominação se pautava no catolicismo e no paternalismo, visando expandir a religião cristã e controlar os indígenas. (MOONEN, 1983)

Segundo Sanches e Bento (2018), os aldeamentos missionários se tornaram espaços de catequização e (re)socialização, agrupando diversas etnias – com línguas e costumes distintos – num mesmo território controlado pelos colonizadores, os quais visavam ao esvaziamento da identidade indígena e sua inclusão da lógica civilizatória colonial. O processo de aldeamento ocorria por meio de invasão de terras, massacre, estupro, escravização, trabalho forçado, além da proibição de manifestações culturais e religiosas, tão fundamentais para as populações tradicionais.

Este processo de dominação violento foi responsável pela dizimação de inúmeros povos nativos: sua população era estimada em 5 milhões em 1550, sendo atualmente reduzida a cerca de 817 mil indígenas no território brasileiro, segundo o censo de 2010 do IBGE. Essa abrupta redução demográfica baseada em práticas de genocídio e etnocídio, aliadas ao aldeamento, escravização, epidemias e catequização contribuíram para que o imaginário colonial tomasse os indígenas como derrotados, e suas culturas, subjetividades e religiosidades exterminadas. (SILVA, 2003, p. 3)

A tutela do Estado colonial sempre esteve presente no que diz respeito à cultura, religiosidade e território originários. De acordo com Lima (2015), ainda que a segunda metade do século XX tenha sido marcada por certos avanços dos direitos indígenas, como a criação da Fundação Nacional do Índio (FUNAI) em 1967 para a proteção, elaboração e fiscalização de leis responsáveis pela melhoria de vida dessas populações, o que se observa é a permanência da tutela do estado brasileiro subjugando os direitos e os modos de viver indígenas. As leis criadas exerciam regimes de controle sobre os indígenas “não inteiramente adaptados à sociedade civilizada”, sendo a FUNAI responsável por intervir e atuar perante essa transição de “índio” para civilizado.

A representação infantilizada do sujeito indígena, preconceito europeu assumido desde os primeiros contatos com os habitantes nativos que revela a visão, também influencia na imposição da tutela estatal, uma vez que a subjetividade indígena é lida como um estado primitivo e aculturado, isto é, passível de ser civilizado, sendo a sociedade ocidental a responsável de levar a lei e fé cristã (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2022).

Desse modo, observamos o processo histórico de sucessivas tentativas políticas e religiosas para realizar o apagamento do sujeito indígena do imaginário brasileiro utilizando diversas estratégias e aparatos para integrá-los à sociedade não-indígenas. A partir da Lei nº 6.001 de 19 de dezembro de 1973, foi criado o Estatuto do Índio, o qual preconizava o direito indígena em ocupar terras tradicionais e o dever da União em preservar as demarcações desses territórios, estabelecendo as terras ocupadas como inalienáveis, de caráter permanente, na qual os indígenas têm o direito de utilizá-las para práticas produtivas, culturais, de reprodução e de bem-estar. No entanto, o que se observa é que as terras não são bens legítimos dos povos indígenas, uma vez que pertencem à União, e as comunidades são apenas usuárias exclusivas destas, isto é, assumindo *status* de meros ocupantes. (CALGARO et al., 2019)

3 | SAÚDE MENTAL INDÍGENA

Há uma infinidade de diversidade entre os mais de 305 povos originários que habitam o território brasileiro, resultando em mais de 274 línguas indígenas. Cada povo tem sua cosmologia, formas de cultivar a natureza, diversidade sexual e de gênero, diversidade política, além de maneiras diferentes de preservar a saúde física e mental. O termo “saúde mental”, usado pela Psicologia ocidental, é diferente para o saber originário, uma vez que a saúde indígena ultrapassa os limites biológicos e mentais, abrangendo a relação com o território, com a identidade cultural, com a comunidade, família e com seres espirituais. (GUIMARÃES, 2022)

Segundo o líder Yanomami, Davi Kopenawa, em livro escrito juntamente com Bruce Albert, *A Queda do Céu: palavras de um xamã yanomami* (2019), a sabedoria indígena é essencialmente ancestral: suas raízes culturais estão nas plantas, nos rios, nas matas, nos animais e seus saberes são repassados entre as gerações, isto é, há uma interdependência e profundo respeito com o passado e com a natureza. Para a maioria das cosmologias originárias, o ser humano é parte indissociável da natureza circundante, portanto, composto de corpo, mente e espírito, cujos elementos estão em constante interdependência.

A existência do sujeito indígena ultrapassa o material e visível: sua cultura é essencialmente oral, os saberes estão nas palavras e nas práticas, e os espíritos da natureza atuam intimamente no cotidiano da comunidade, sendo louvados ou repelidos, de acordo com as intenções e benefícios que traz ao povo. A memória tradicional é a base

para a vida do grupo, abrangendo rituais de passagem da infância para a fase adulta, rituais de fúnebres ou para o início de um novo ciclo. A memória e a oralidade são a conexão do passado com o presente, e, desse modo, a perpetuação da cultura para as gerações futuras. Assim, a vida está em eterna e profunda relação com as movimentações da natureza, seja por meio de seres visíveis ou invisíveis. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2022)

Para antropólogo João Paulo Barreto, originário do povo *Yepamahsã* (Tukano):

A "tradição intelectual" indígena, de ver, de pensar e de organizar o mundo, os seres e as coisas, de relacionar, de manipular e perceber as mudanças, está ancorada numa epistemologia que não é aquela que aprendemos nas escolas e nas universidades convencionais. Ela está ancorada na cosmologia e na cosmopolítica, que são a base de conhecimento e fio condutor de pensamento e das práticas indígenas. (...) A relação cosmopolítica, portanto, é um dos princípios básicos para bem viver na concepção dos *yepamahsã*. Manter uma relação harmoniosa com os *waimahsã*, seres que habitam em todos os espaços cósmicos, que são donos dos lugares e responsáveis pelos animais, vegetais, minerais e temperatura do mundo terrestre é uma necessidade para manter em equilíbrio social e ambiental. (BARRETO, 2017, p. 603-604)

Em contraposição à separação entre natureza e ser humano existente no mundo ocidental cristão, os povos originários da América Latina concebem a filosofia do bem-viver, com origem na expressão quéchua *sumak kawsay*, ou *teko porã* em guarani. O bem-viver também abrange um movimento político, social e ambiental dentro os indígenas da América Central e do Sul, os quais buscaram retomar uma forma ideal de vida coletiva, onde há alteridade, respeito, reciprocidade e cuidados mútuos entre seres humanos, animais, florestas, rios, minerais e seres espirituais, isto é, há incentivo para o fortalecimento do senso de comunidade por meio dos valores indígenas. (CUNHA e SOUSA, 2023)

Portanto, há um rompimento com a noção extrativista da lógica capitalista de acumulação de bens, tendo em vista que a natureza (água, árvores, animais, minério) não é vista como uma fonte de lucros à disposição exploratória deliberada do ser humano, e sim como uma parte fundamental para a preservação do equilíbrio da vida coletiva. A prática de um bem-viver está fundamentada na necessidade de se aprofundar relações com o sagrado ancestral, para que haja hábitos de preservação do planeta cada vez mais presentes no cotidiano indígena e não-indígena, por meio de políticas públicas para democratização do acesso à água e de terras cultiváveis, práticas de interculturalidade, conhecimento e justiça. (ROSA, 2019)

O bem viver elabora uma identidade cultural ancestral e dinâmica, pois amplia as relações do sujeito com o grupo, com o local em que se habita, com a arte, dança, música, vestimenta, idioma, memória, sendo capaz de transformar o presente e o futuro, sustentados pela reciprocidade, equilíbrio e resistência. As diferentes culturas dialogam horizontalmente, prezando pela coexistência de distintas visões. Assim, o bem-viver

pode orientar políticas e ações do Estado, as quais devem assegurar a atenuação das desigualdades sociais e melhorar a qualidade de vida das populações mais vulneráveis. (ALCÂNTARA e SAMPAIO, 2017)

No que diz respeito às políticas públicas que visam ampliar o acesso à saúde indígena que se aproxime do bem-viver, foi criada em 2002 a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas (PNASPI) com o objetivo de assegurar o acesso dos povos indígenas aos serviços públicos de atenção integral e diferenciada na área da saúde. As diretrizes dessa política pública determinam que os serviços de saúde atuem em consonância com os valores e práticas tradicionais das comunidades em que se fazem presentes, alinhando-se com os especialistas das medicinas indígenas. (EL KADRI, 2021) Já as Políticas de Atenção Integral à Saúde Mental dos Povos Indígenas foram elaboradas pela Portaria nº 2.759 de 25 de outubro de 2007 do Ministério da Saúde, e estabelece que cada povo reconhece e lida com seus próprios conceitos do que é saúde e enfermidade, quais são as causas específicas desses processos e como são os métodos ideais de tratamento dentro de sua cultura. (DA SILVA PEREIRA et al., 2013)

Em 2010, a partir de demandas do movimento indígena, é criada a Secretária Especial de Saúde Indígena (SESAI), órgão específico responsável por coordenar ações nessa área, vinculado diretamente ao Ministério da Saúde. Dentro da SESAI, há uma área técnica especializada em saúde mental composta de uma equipe multiprofissional de psicólogos, médicos, assistentes sociais, antropólogos, entre outros, que organizam e executam ações a partir do contexto e demanda de cada situação que o povo. (BATISTA e ZANELLO, 2016)

Assim, para executar ações preventivas ou curativas que promovam a saúde mental, é preciso compreender as demandas das populações tradicionais, estabelecendo diálogos com as lideranças políticas e espirituais (caciques, pajés, anciãos conselheiros, professores), os quais são responsáveis na concessão de permissão para profissionais não-indígenas realizarem intervenções e até mesmo pesquisas acadêmicas na comunidade. (DA SILVA PEREIRA et al., 2013)

Wayhs et al. (2019) afirmam que o Ministério da Saúde reconhece que tais populações são vulneráveis, em virtude das altas taxas de mazelas psicossociais, como dependência química (álcool e outras substâncias psicoativas), violências e suicídio, sendo problemas endêmicos e graves. A questão do suicídio indígena é especialmente preocupante e problema de saúde pública, uma vez que tem relação direta com a violência e violação de direitos que as populações originárias vivem há séculos.

Souza e Orellana (2013) apontam que no Amazonas, estado com a maior concentração de habitantes indígenas do país, observa-se os altos índices de suicídio entre essa parcela população, sendo predominante em homens, solteiros, cuja taxa de mortalidade por essa causa atinge 18,4 pessoas para 100 mil habitantes, representando 20% dos suicídios do Amazonas. Diversos são os fatores que nos ajudam a compreender os

motivos para tal contexto: omissão do poder público diante dos problemas sociais; racismo e violência; crescente invasão de terras e desterritorialização; abuso de álcool; falta de oportunidades na sociedade; mortalidade infantil; desassistência na área da educação e no geral.

Outro fator que auxilia na compreensão dos alarmantes índices de suicídio é a dificuldade de adaptação dos indígenas aos modos de vida nas grandes cidades: o preconceito, desemprego, a falta de acesso aos bens e serviços básicos, precariedade de moradia, falta de perspectiva futura, distanciamento com a cultura tradicional, entre outros. A situação econômica precária contribui para o desenvolvimento de problemas psíquicos, uma vez que exacerba a marginalização desses indivíduos na sociedade. Desse modo, o psicólogo deve reconhecer que grande parte do sofrimento psíquico está relacionado à crescente perda de vínculos culturais e territoriais devido ao avanço do modo de vida capitalista, o qual extermina as identidades tradicionais. (PEREIRA, 2013)

a. Limites bioéticos na atuação de psicólogos não-indígenas com povos originários

De acordo com Faggion (2018), a Psicologia, como área atuante do conhecimento de subjetividades, comportamentos e saúde mental, carrega uma trajetória histórica de práticas eugenistas, sobretudo de grupos que buscavam estabelecer aperfeiçoamentos físicos, psíquicos, culturais e morais da população. Tornaram-se comuns hospícios, manicômios e colônias responsáveis por remodelar e ajustar os comportamentos desviantes dos sujeitos indesejados do coletivo. Segundo Souza (2012), a ciência, como forma de produzir conhecimento e aplicá-lo na sociedade, também contribuiu para a dominação europeia, principalmente com as ideias eugenistas. O eugenismo baseava-se na ideia de aperfeiçoamento de características biológicas, genéticas e fenotípicas com o objetivo de promover a evolução racial humana.

O termo bioética advém do grego: *bío* (vida) e *éthiké* (ética), e foi conceituada em 1970 nos Estados Unidos como um mecanismo de controle das intervenções científicas e tecnológicas sob as práticas biomédicas que envolvem a vida, assegurando que haja responsabilidade e benefício para a humanidade. Assim, a liberdade fundamental e a dignidade da vida humana são necessidades universais, aplicando-se a todos os povos e culturas como forma de preservação da vida. Dessa forma, para evitar que intervenções violentas sejam realizadas, criou-se em 1974 a Comissão Nacional para Proteção de Seres Humanos em Pesquisa Biomédica e Comportamental, norteador princípios basilares antes, durante e após pesquisas com seres humanos. Assim, elencou-se os princípios bioéticos de autonomia, beneficência e justiça (DOS SANTOS, 2014).

Para Hogemann (2013), o princípio bioético de autonomia corresponde ao direito das pessoas se autogovernarem, isto é, o respeito às decisões individuais a nível público e privado. Ainda que esse princípio tenha origens no pensamento liberal burguês e detenha conotações individualistas, pode ser aplicado nos contextos dos povos tradicionais, no que

diz respeito à capacidade e direito que as comunidades detêm em se autogovernarem, de acordo com os parâmetros coletivos e culturais do que é saúde, enfermidade, justiça, individualidade, gênero, sexualidade, espiritualidade.

Albuquerque (2015) aponta que a bioética se torna um mecanismo fundamental em situações que há um conflito de culturas diferentes, orientando o processo de tomada de decisão em contextos que há valores contraditórios e interesses distintos entre grupos, sobretudo quando há partes de minoria cultural em contraposição com uma maioria cultural e hegemônica. Quando existe uma prática médica em que há conflitos morais de base cultural, esse movimento requer respeito à igualdade das culturas em diálogo, uma vez que os direitos humanos para exercer as próprias práticas culturais e de liberdade de expressão devem ser balizadores para se elaborar uma solução.

O processo de globalização caracterizado pela dissolução de barreiras físicas em prol do intercâmbio de conhecimentos cada vez mais acelerado e presente no cotidiano elaborou novas formas de se realizar o fazer científico. No entanto, o que se observa é homogeneização de culturas e linguagens, uma vez que a ciência busca um conhecimento objetivo e irrefutável para que seja válido em qualquer lugar e para qualquer pessoa. Panikkar (1990) critica como a ciência moderna constrói suas práticas baseando-se em sua própria experiência como universal, racional e matemática, assumindo uma postura central e absoluta na produção do conhecimento, abnegando a efetividade dos saberes tradicionais, não aceitos pela comunidade científica. Contudo, ainda segundo Panikkar (1990), uma ciência autodenominada universal não abarca outras construções de saber científico, que utilizem outras linguagens que não sejam a linguagem físico-matemática, reduzindo a pluralidade de realidades presentes em outros contextos e culturas.

Em contraposição ao universalismo científico, Walsh (2005) define a interculturalidade como um processo dinâmico e permanente de comunicação e aprendizagem entre culturas distintas, estabelecendo os princípios de respeito, legitimidade mútua, simetria e igualdade, construindo uma relação dialógica enriquecida, sem abandonar a identidade cultural dos interlocutores. Desse modo, na interculturalidade, há um desenvolvimento de um espaço de negociação e comunicação onde as desigualdades econômicas, sociais e políticas são evidenciadas e confrontadas, uma vez que a hierarquia de saberes e práticas é uma realidade moderna, sobretudo em direção ao etnocentrismo europeu. Grubits e Da Silva (2006) apontam que essa estrutura hierárquica de saberes promove o preconceito e exclusão dos conhecimentos indígenas em sua própria gestão de saúde, cuja autonomia é questionada devido à ideologia eurocêntrica e patriarcal de superioridade e tutela, realizada por diversas instâncias sociopolíticas.

Melo et al. (2021) afirmam que, na comunidade científica, os conhecimentos de saúde advindos dos povos indígenas ainda são vistos somente como “crendices”, pois são elaborados e executados por curandeiros, pajés e xamãs, com materiais provenientes do meio (chás, ervas, benzimentos) e essas práticas são pejorativamente nomeadas como

feitiçarias. Aliado a esse contexto, as doenças que atingem mais frequente e intensamente as populações indígenas, seja por fatores genéticos ou socioculturais, não recebem atenção e investimento suficiente, o que dificulta a produção de conhecimento científico direcionado aos povos originários. Diferentes culturas podem estabelecer limites de discordância acerca dos seus valores éticos e morais. No entanto, no campo da saúde é possível também que haja diálogo sobre distintos caminhos que levam ao processo de cura e restauração da saúde, uma vez que a cultura de uma sociedade está em constante transformação, elaborando estratégias interculturais para se atingir resultados benéficos à coletividade.

Em Manaus, o Bahserikowi'i - Centro de Medicina Indígena foi inaugurado em junho de 2017 como uma iniciativa de povos originários da região (Tukano, Tuyuka e Desano), os quais criaram um espaço de referência de medicina indígena. Os tratamentos são realizados pelos *kumuã* (curadores indígenas) com base em seus sistemas médicos tradicionais, principalmente por meio de *bahsese* (benzimento) e uso de plantas medicinais. O Bahserikowi'i possibilita que pessoas indígenas e não-indígenas acessem os meios de tratamento tradicionais em conjunto com práticas biomédicas ocidentais, demonstrando que é viável se realizar diálogos entre ambas os métodos de promoção de saúde, sem que haja exclusão dos conhecimentos de saúde indígena. (BARRETO, 2017)

Por meio da trajetória histórica realizada na primeira seção desse trabalho, observamos as sucessivas tentativas do Estado brasileiro em apagar o pluralismo étnico, linguístico e subjetivo presentes nas culturas originárias em prol de uma nação monocultural e supostamente homogeneizada. Para Candau (2008), a perspectiva intercultural exige questionar e problematizar os moldes educacionais, sociais e políticos existentes, aproximando-se de uma prática sociopolítica contra hegemônica, com o objetivo de construir novas referências, em que haja, de fato, o reconhecimento do outro por meio do diálogo plural entre culturas diferentes. Da Silva e Araújo (2015) argumentam que a interculturalidade é uma ferramenta fundamental na elaboração prática de políticas públicas capazes de reconhecer e dialogar com as diferenças como um direito, pautando-se no respeito às especificidades de cada povo.

Desse modo, para que não ocorra uma tentativa de praticar dominação ideológica, o psicólogo não-indígena deve estabelecer limites bioéticos de autodeterminação do povo em que está atuando. O profissional da psicologia deve reconhecer que cada povo indígena é porta-voz de sua própria origem, história e tradições, logo, é importante que o psicólogo não-indígena reconheça suas limitações diante de situações que ultrapassam seu arcabouço acadêmico. Para isso, é recomendável que o profissional da saúde amplie suas concepções do que é subjetividade e possibilidades de se relacionar com o mundo. No que diz respeito às devolutivas do pesquisador, este é responsável por retornar à comunidade com resultados em linguagens e didáticas acessíveis à compreensão dos membros estudados, respeitando às demandas da comissão avaliadora de pesquisas da

comunidade, se for o caso. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2022, p. 46)

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentamos as intenções de tecer reflexões acerca do fazer psicológico em comunidades indígenas e quais são os limites bioéticos impostos tanto pelo povo pesquisado quanto pelo Estado para proteger os bens imateriais e a autonomia dos indígenas. Estrutturamos o trabalho a partir da pesquisa bibliográfica acerca dos temas de bioética e saúde indígena, e como os profissionais de saúde mental podem atuar dentro das realidades comunitárias originárias respeitando as diversidades culturais e científicas presentes de cada povo.

O psicólogo não-indígena que visa atuar em comunidades tradicionais deve estabelecer vínculos com a coletividade em questão, com o objetivo de se integrar ao meio e à cultura, e não de realizar um integracionismo acadêmico-científico. Os saberes originários baseiam-se em tradições milenares com experiências positivas, manifestando-se em rituais de cura utilizando ervas, rezas, rituais e preceitos repassados oralmente entre gerações. Outra demanda na atuação com pessoas indígenas diz respeito às particularidades de suas narrativas do sofrimento psíquico ligado às questões de território e identidade, e como tais elementos constroem e se modificam ao longo da vida, sejam estes sujeitos aldeados ou não-aldeados. (CONSEHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2002, p. 157)

De acordo com os dados presentes levantados, podemos concluir que o percurso histórico de luta dos povos indígenas por seus direitos é marcado por diversas tentativas de tutela e integração dos sujeitos pelo Estado, sobretudo por meio de políticas públicas socioeconômicas de apagamento identitário e territorial. À medida em que são discutidas cada vez mais a inclusão desses povos nas práticas de saúde e nas decisões constitucionais, também observamos a crescente participação das lideranças indígenas nos processos de tomada de decisão, principalmente acerca de como serão conduzidas as pesquisas e intervenções no território, quais os parâmetros a serem seguidos e como irão contribuir efetivamente para a melhoria do bem-estar do coletivo.

As comissões de ética acadêmicas e as comissões avaliadoras de pesquisas compostas por membros do povo originário a ser pesquisado devem estar alinhados para que haja um desenvolvimento científico capaz de atender às demandas locais, utilizando-se de parâmetros psicossociais para que haja resultados eficazes de acordo com os critérios de bem-estar da comunidade em questão. No decorrer da análise teórica da pesquisa, percebe-se a crescente presença de psicólogos e profissionais indígenas compondo as equipes multiprofissionais responsáveis por organizar e executar os trabalhos de intervenção nas comunidades tradicionais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Aline. **Perspectiva Bioética Intercultural e Direitos Humanos: a busca de instrumentos éticos para a solução de conflitos de base cultural.** *Tempus—Actas de Saúde Coletiva*, v. 9, n. 2, p. ág. 09-27, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/sqy8fdJGXGt3mcNPJzcmxnd/?lang=pt&format=pdf>

ALCÂNTARA, Liliane Cristine Schlemmer; SAMPAIO, Carlos Alberto Cioce. **Bem Viver: uma perspectiva (des) colonial das comunidades indígenas.** *Revista Rupturas*, v. 7, n. 2, p. 1-31, 2017. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S2215-24662017000200001&script=sci_arttext&tlng=pt

BARRETO, João Paulo Lima et al. **Bahserikowi-Centro de Medicina Indígena da Amazônia: concepções e práticas de saúde.** *Amazôn., Rev. Antropol. (Online)* 9 (2): 594 - 612, 2017. Disponível em: < <https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/bitstream/bvs/1339/2/637839697.pdf> >

BATISTA, Marianna Queiróz; ZANELLO, Valeska. **Saúde mental em contextos indígenas: Escassez de pesquisas brasileiras, invisibilidade das diferenças.** *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 21, p. 403-414, 2016. Disponível em:< <https://www.scielo.br/j/epsic/a/8cWScCRZNYFkrbQw5LkwBTB/?lang=pt> >

BERNI, Luiz Eduardo Valiengo. **Psicologia e saúde mental indígena: Um panorama para construção de políticas públicas.** *Psicologia para América Latina*, n. SPE, p. 64-81, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2017000200006>

CALGARO, Cleide; COIMBRA, Diego; LA FLOR, Martiane Jaques. **A demarcação de terras indígenas no Brasil e as lições do movimento constitucionalista latino-americano insurgente.** *Revista da Faculdade de Direito da UFG*, v. 43, 2019. Disponível em: < http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/documentacao_e_divulgacao/doc_biblioteca/bibli_servicos_produtos/bibli_informativo/bibli_inf_2006/Rev-FD-UFG_v.43.03.pdf >

CANDAU, Vera Maria. Direitos humanos, educação e interculturalidade: as tensões entre igualdade e diferença. **Revista Brasileira de educação**, v. 13, n. 37, p. 45-56, 2008. Disponível em: <http://educacao.fcc.org.br/pdf/rbedu/v13n37/v13n37a05.pdf>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) junto aos povos indígenas.** Conselho Federal de Psicologia, Conselhos Regionais de Psicologia, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Pública. — 1. ed. — Brasília : CFP, 2022. Disponível em: <<https://crepop.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/34/2022/10/030-Crepop-Referencias-Tecnicas-para-Atuacao-de-Psicologasos-Junto-aos-Povos-Indigenas.pdf>>

CUNHA, Eduardo Vivian da; SOUSA, Washington Jose de. **O bem viver no Brasil: uma análise da produção acadêmica nacional.** *Revista Katálysis*, v. 26, p. 321-332, 2023. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/rk/a/TBscbCdnTy6rjhbGqgfPfDB/?lang=pt> >

DA SILVA PEREIRA, Priscilla Perez et al. **Política de atenção integral à saúde mental das populações indígenas de Porto Velho/RO: a voz das lideranças.** *Tempus—Actas de Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. ág. 131-145, 2013. Disponível em: < <https://ds.saudeindigena.iciet.fiocruz.br/bitstream/bvs/6083/3/615051321.pdf> >

DA SILVA, Paulo de Tássio Borges; ARAÚJO, Maria Inês Oliveira. **Diálogos sobre interculturalidade, conhecimento científico e conhecimentos tradicionais na educação escolar indígena.** *Práxis Educacional*, v. 11, n. 18, p. 153-176, 2015. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/praxis/article/view/805>

DOS SANTOS, Denise Tatiane Girardon. **A Bioética como mecanismo de proteção dos conhecimentos tradicionais dos povos indígenas e de afirmação dos direitos humanos.** *Revista Direito em Debate*, v. 23, n. 42, p. 3-26, 2014. Disponível em: <<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/revistadireitoemdebate/article/view/2984>>

EL KADRI, Michele Rocha (org.) et al. **Bem Viver: Saúde Mental Indígena.** 1. ed. Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2021. (Série Saúde & Amazônia, v.12) E-book (5,5 Mb; PDF). ISBN 978-65-87180-40-3. Disponível em: <<https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2021/05/Livro-Bem-viver-Saude-Mental-Indigena.pdf>>

FAGGION, Melline O. **Psicologia e Eugenia: percursos da história.** 2018. Tese de Doutorado. Dissertação de mestrado em Psicologia—Departamento de Psicologia, Universidade Estadual de Maringá Disponível em: <http://www.cch.uem.br/grupos-de-pesquisas/gephe/pesquisa/teses-e-dissertacoes-defendidas/lista-de-arquivos-teses-e-dissertacoes/dissertacao_melline.pdf>

GRUBITS, Sônia. DA SILVA, Máira Pedroso. **Reflexões éticas com populações indígenas.** *Psicologia Ciência e Profissão*, 26 (1), 46-57. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/nFZhPwp7JyYx3yWvynYpDnD/?lang=pt>

GUIMARÃES, Danilo Silva. **A Tarefa Histórica da Psicologia Indígena diante dos 60 anos da Regulamentação da Psicologia no Brasil.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 42, 2022. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/hWnkwLvRzggdBJqVcRwzZ6c/?lang=pt>>

HOGEMANN, Edna Raquel. **Conflitos bioéticos: o caso da clonagem humana.** 2ª edição. São Paulo: Editora Saraiva, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Os indígenas no Censo Demográfico 2010: Primeiras considerações com base no quesito cor ou raça.** Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/indigenas/indigena_censo2010.pdf>

KOPENAWA, Davi; ALBERT, Bruce. **A queda do céu: palavras de um xamã yanomami.** Editora Companhia das Letras, 2019.

LIMA, Antonio Carlos de Souza. **Sobre tutela e participação: povos indígenas e formas de governo no Brasil, séculos XX/XXI.** *Mana*, v. 21, p. 425-457, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/mana/a/Hq63jTNN9yHhPTQ4PjXjBdw/?lang=pt#:~:text=Art.,respeitar%20todos%20os%20seus%20bens>>

MELO, Aislan Vieira de et al. Bioética e interculturalidad en la atención de salud indígena. **Revista Bioética**, v. 29, p. 487-498, 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/bioet/a/Pf74HnMCysThKmNKWz7hqDf/?lang=pt>>

MOONEN, Francisco. **Pindorama conquistada: repensando a questão indígena no Brasil.** Editora Alternativa, 1983. Disponível em: <http://etnolinguistica.wdfiles.com/local--files/biblio%3Amoonen-1983-pindorama/Moonen_1983_PindoramaConquistada.pdf>

PANIKKAR, Raimundo. **El mito del pluralismo: La Torre de Babel.** *Una meditación sobre la no violencia* in Sobre et dialogo intercultural. 1990.

PEREIRA, Marluce Mineiro. **Representações sociais de suicídio indígena em São Gabriel da Cachoeira-AM.** 2013. 226f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Sociedade e Endemias da Amazônia) - Instituto Leônidas e Maria Deane, Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/31194>

ROSA, Luís Carlos Dalla. **Bem viver e terra sem males: a cosmologia dos povos indígenas como uma epistemologia educativa de decolonialidade.** *Educação (Porto Alegre)*, v. 42, n. 2, p. 298-307, 2019. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/27652/18314>

SANCHES, Marcos Guimarães; Bárbara Helena de Araújo Guimarães Sanches Bento . **A reconstrução da ordem: os aldeamentos e a territorialização da fronteira.** *Revista Digital Estudos Historicos*, n. 19, p. 2, 2018. Disponível em: <<https://estudioshistoricos.org/19/eh1902.pdf>>

SILVA, Edson. **Povos indígenas no Nordeste: uma contribuição a reflexão histórica sobre os processos de resistência, afirmação e emergência étnica.** *ANPUH–XXII Simpósio Nacional De História–João Pessoa*, 2003. Disponível em: <https://anpuh.org.br/uploads/anais-simposios/pdf/2019-01/1548177544_cb2441f6cc40a1abe9f21cb0cfc99fd.pdf >

SOUZA, Maximiliano Loiola Ponte de; ORELLANA, Jesem Douglas Yamall. **Desigualdades na mortalidade por suicídio entre indígenas e não indígenas no estado do Amazonas, Brasil.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 62, p. 245-252, 2013. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/PM3VtmgLmW9yC3jCk47DwXq/?lang=pt#>>

WALSH, Catherine. **La interculturalidad en educación.** Perú. Ministerio de Educación. Dirección Nacional de Educación Bilingüe Intercultural, 2005. Disponível em: https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/La%20interculturalidad%20en%20la%20educacion_0.pdf

WAYHS, A. C. Dorneles, AMARAL Rezende Bento, B. D. et Aguiar Quadros, F. A. D. (2019). **Políticas públicas em saúde mental indígena no Brasil.** *Trayectorias Humanas Transcontinentales*, (4), 2019. Disponível em: < <https://www.unilim.fr/trahs/1577>>

CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS DA PROCRASTINAÇÃO: POR QUE PREJUDICAMOS O NOSSO EU FUTURO?

Data da submissão: 14/08/2023

Data de aceite: 02/10/2023

Ludimila Monjardim Casagrande

FAESA Centro Universitário

Vitória - ES

<http://lattes.cnpq.br/1478650773296502>

pessoas.

PALAVRAS-CHAVE: Procrastinação;
Evitação; Imediatismo; Estresse;
Autorregulação.

RESUMO: A procrastinação é uma forma de postergar o cumprimento de tarefas importantes e é considerada uma falha no processo de autorregulação. A procrastinação está fortemente associada à aversão a determinadas tarefas, ao atraso na realização de atividades, ao estresse, à falta de autoeficácia e à impulsividade, bem como à ansiedade, ao perfeccionismo e à depressão. Por isso, o estudo do tema é relevante. O objetivo deste artigo é apresentar as causas e consequências da procrastinação e, também, discutir os resultados de alguns experimentos desenvolvidos por pesquisadores da Princeton University que mostraram que as decisões que as pessoas tomam em nome do seu “eu futuro” e de terceiros são semelhantes, porém, diferentes das decisões tomadas para o seu “eu presente”. Os resultados desses estudos foram correlacionados e comparados aos efeitos, em geral, da procrastinação na vida das

CAUSES AND CONSEQUENCES OF PROCRASTINATION: WHY DO WE HARM OUR FUTURE SELF?

ABSTRACT: Procrastination is a way of postponing the fulfillment of important tasks and it is considered a failure in the self-regulation process. Procrastination is strongly associated with task aversiveness, task delay, stress, lack of self-efficacy, and impulsiveness, as well as anxiety, perfectionism, and depression. Therefore, the study of this topic is relevant. The goal of this article is to present the causes and consequences of procrastination and, also, to discuss the results of some experiments developed by Princeton University researchers that showed that the decisions people make for future selves and other people are similar to each other and different from their decisions for present selves. The results of these studies were correlated and compared to the effects, in general, of procrastination in people’s lives.

KEYWORDS: Procrastination; Avoidance;

1 | INTRODUÇÃO

Quem de nós nunca procrastinou na vida? Quem nunca deixou para fazer na última hora uma atividade que poderia ter sido realizada com maior antecedência e com mais tranquilidade? O tema procrastinação tem despertado a atenção de empresas por estar diretamente relacionado a outro fator de grande interesse das organizações corporativas que é a produtividade. Queixas recorrentes em relação aos efeitos negativos da procrastinação também têm sido alvo de debates no meio acadêmico.

A procrastinação é uma forma de adiamento da realização de tarefas, considerada uma falha no processo de autorregulação de quem a pratica. O ato de procrastinar está instaurado quando deixamos de fazer o que precisamos, isto é, quando deixamos de cumprir nossos deveres e fazemos, no lugar, alguma outra atividade mais prazerosa e que atrai mais a nossa vontade. Em geral, essa atividade de substituição não tem relação com o nosso trabalho ou com as nossas obrigações e não contribui para a nossa produtividade.

Dessa forma, a procrastinação está relacionada com comportamentos imediatistas, algumas vezes impulsivos e não necessariamente saudáveis porque o indivíduo que procrastina, frequentemente, tem dificuldade de implementar aquilo que deseja ou planeja, ou seja, ele perde a capacidade de gerenciar seus próprios comportamentos e passa a ser guiado por suas paixões, por recompensas imediatas de fácil acesso e não condizentes com suas metas pessoais.

Sendo assim, pesquisas na área de Psicologia estão sendo desenvolvidas em várias partes do mundo com o intuito de compreender os fatores que levam as pessoas a postergar suas atividades e de identificar quais são seus impactos na saúde e na qualidade de vida de quem virou refém deste comportamento.

Este artigo tem como objetivo discorrer sobre alguns estudos a respeito do tema e sobre as causas e consequências desse hábito no dia a dia das pessoas. Também discutiremos sobre alguns fatores em relação à experiência subjetiva que influenciam as nossas decisões. Quando compreendemos melhor o que nos faz procrastinar, nós conseguimos nos desvencilhar com mais facilidade dessa prática.

2 | MATERIAIS E MÉTODOS

A metodologia utilizada foi, quanto aos meios, uma pesquisa bibliográfica, ou seja, um estudo sistematizado baseado em artigos científicos e em material publicado em revistas, jornais e mídias eletrônicas; e, quanto aos fins, uma pesquisa explicativa, pois teve como objetivo explicitar as causas e consequências da prática de procrastinação.

3 | DISCUSSÃO

3.1 Principais causas da procrastinação

“A procrastinação se caracteriza pelo adiamento não estratégico de ações, decorrente da disfuncionalidade no processo de autorregulação” (SAMPAIO *et al.*, 2012, p. 119).

As pesquisas mostram que diversos fatores podem contribuir para a procrastinação, ou seja, normalmente, não há uma causa única. Pode-se dizer que a procrastinação está relacionada ao comportamento de evitação. Postergarmos atividades que estão associadas a respostas afetivas negativas ou o fazemos para evitar lidar com algo do qual não gostamos; talvez por medo de não conseguirmos alcançar um resultado esperado ou por não nos sentirmos seguros o suficiente para a realização de uma determinada tarefa (VIONE *et al.*, 2020, p. 10). Alguns estudos mostram que emoções negativas precedem a procrastinação. Sendo assim, procrastinamos para evitar algum tipo de mal-estar.

Os estudos também indicam que o ato de procrastinar está associado ao fato de que buscamos continuamente por satisfação e alívio imediatos, encontrados nas atividades substitutivas que realizamos no lugar das tarefas que deveríamos, de fato, cumprir (VIONE *et al.*, 2020, p. 10). Infelizmente, o prazer encontrado nessas atividades é momentâneo e não elimina a necessidade de fazer o que realmente precisa ser feito, gerando um acúmulo de tarefas e sensações de culpa ou fracasso. É neste sentido que os pesquisadores afirmam que a procrastinação está correlacionada com a falha na autorregulação e no autocontrole (STEEL, 2007).

Por fim, podemos dizer que a procrastinação está relacionada com os fatores motivação e tempo. Com frequência, deixamos para depois o que poderíamos fazer hoje acreditando que em algum momento do futuro estaremos mais motivados e dispostos. Além disso, observou-se que, se o prazo para a realização de uma tarefa é grande, a motivação para fazê-la costuma ser baixa. Quando se trata de procrastinação, o mais difícil é começar a tarefa. Muitas vezes adiamos a sua realização até o último momento e acabamos ficando sujeitos a uma pressão externa, dada a existência de um prazo rígido para a sua finalização, por exemplo, e é exatamente essa pressão que acaba atuando como motivação para a execução, porém, ela é acompanhada de um alto nível de estresse (PRONIN *et al.*, 2008). O problema se torna mais grave quando a procrastinação é frequente, pois a submissão do organismo a níveis elevados de estresse de forma recorrente pode ocasionar graves consequências para a nossa saúde a médio e longo prazo.

3.2 Consequências da procrastinação

“O comportamento de procrastinar as mais diversas tarefas da vida em geral tem se correlacionado com ansiedade, depressão, impulsividade, perfeccionismo, [...] aversividade da tarefa, baixo desempenho acadêmico, baixa autoestima, baixa autoeficácia, baixo autocontrole, entre outros” (STEEL

Como citado, a procrastinação tem sido considerada uma falha nos processos de autorregulação do comportamento (STEEL; KLINGSIECK, 2016). Sendo que, a autorregulação é o processo consciente e voluntário por meio do qual o indivíduo faz a gestão dos seus próprios comportamentos, pensamentos e sentimentos de um modo cíclico e direcionado à realização de metas pessoais (BANDURA, 1991). “Apesar dessa capacidade de autorregulação ser necessária em diversos aspectos da vida, pesquisas mostram que as pessoas têm apresentado problemas decorrentes de falhas nesse processo como, por exemplo, excessos no consumo de alimentos, de produtos e/ou serviços” (GEARA; TEIXEIRA, 2017, p. 60). Entre as falhas comuns de autorregulação, encontra-se a procrastinação de diversos tipos de tarefas, cujo ponto central do fenômeno está na dificuldade de conectar intenção e ação (STEEL, 2007). “Isso implica dizer que o indivíduo que procrastina tem dificuldade de implementar aquilo que deseja ou planeja” (GEARA; TEIXEIRA, 2017, p. 60).

Na maioria dos estudos, é evidente o destaque ao desconforto emocional e/ou às psicopatologias possivelmente relacionadas à procrastinação (STEEL, 2007). Quem procrastina considera esse seu comportamento como algo ruim, prejudicial e tolo, sendo que a maioria dos indivíduos manifesta o desejo de mudar esse comportamento (GEARA; TEIXEIRA, 2017). No entanto, essa modificação comportamental não costuma ser simples, já que tal comportamento é afetado por aspectos pessoais, comportamentais e ambientais, dependendo da interação entre o indivíduo, a tarefa e o contexto em que está inserido ao longo de sua vida. A ansiedade e a depressão parecem ser os transtornos mentais mais associados à procrastinação.

Os primeiros estudos sobre as consequências da procrastinação surgiram na década de 1980 (STEEL, 2007). No entanto, o conhecimento acumulado sobre esse tema ainda é fragmentado, e somente mais recentemente houve um aumento do número de estudos publicados sobre as consequências negativas da procrastinação. Dois desses estudos serão apresentados na sequência.

3.3 Por que prejudicamos o nosso eu futuro?

Estudos realizados por pesquisadores da Princeton University revelaram que ao realizarmos estimativas, em relação a um desafio que nos é proposto, nós costumamos tratar o nosso “eu futuro” da mesma forma que tratamos terceiros, porém, de forma diferenciada do tratamento dado ao “eu presente” (PRONIN *et al.*, 2008). Isto é, ao assumirmos compromissos futuros, as nossas estimativas ou mesmo expectativas pessoais de performance são equivalentes ou muito próximas daquilo que planejamos ou esperamos de terceiros (seja no futuro ou no presente) e, em geral, somos mais audaciosos ou exigentes nestes dois casos. No entanto, os estudos indicam que somos mais brandos

ou complacentes, em relação às nossas estimativas e promessas, quando nós mesmos precisamos realizar uma atividade no momento presente, ou seja, tendemos a ser mais benevolentes com o “eu presente”.

Um dos experimentos realizados pelos pesquisadores da Princeton University envolvia a ingestão de um líquido de sabor desagradável “em nome da ciência”. O líquido em si não apresentava nenhum risco à saúde dos participantes, pois tratava-se simplesmente de uma mistura de alimentos como ketchup, molho de soja e água. As questões em jogo eram realmente o seu sabor aversivo e a quantidade consumida, sendo que a questão da quantidade foi destacada como algo relevante para o sucesso do experimento (PRONIN *et al.*, 2008, p. 226).

Os 153 participantes da pesquisa foram divididos em três grupos e no primeiro deles foi perguntado a cada participante o quanto ele beberia do líquido se tivesse que tomá-lo naquele momento, isto é, durante a sessão em curso do experimento. No segundo grupo, foi perguntado a cada participante o quanto ele beberia do líquido se ele tivesse que tomá-lo cerca seis meses depois, em uma sessão futura do experimento. No terceiro grupo, foi perguntado a cada participante o quanto ele achava que um outro participante de um próximo experimento beberia daquele líquido. Nesta última sessão especificamente, os pesquisadores deixaram claro para os participantes que eles não precisariam ingerir o líquido em nenhum momento e, portanto, a estimativa deveria ser considerada somente para um terceiro. Nos três casos, a participação no experimento valia créditos acadêmicos obrigatórios, que seriam revogados em caso de desistência (PRONIN *et al.*, 2008, p. 226).

Todos os participantes, portanto, responderam um formulário indicando o quanto ele próprio ou um terceiro, dependendo da situação, consumiria do líquido: se 1 colher de chá, 1 colher de sopa, $\frac{1}{4}$ de um copo, $\frac{1}{2}$ copo ou um copo. Em seguida, eles foram interrogados sobre o experimento e oito deles reportaram que suspeitavam que não seria solicitada a nenhum participante a ingestão, de fato, do líquido. Sendo assim, eles não acreditavam que aquela seria uma experiência ou uma decisão real e, por isso, seus registros foram excluídos das análises (PRONIN *et al.*, 2008, p. 227). Os resultados obtidos são apresentados na Figura 1.

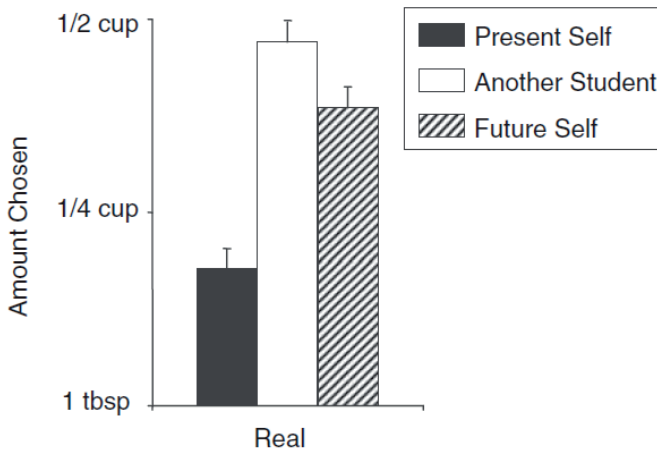


Figura 1 - Decisões a respeito da quantidade de líquido a ser ingerida pelo “eu presente”, por algum outro participante e pelo “eu futuro”.

Fonte: Adaptado de Pronin *et al.* (2008, p. 227).

Como os pesquisadores suspeitavam, os resultados revelaram assimetria entre as decisões que as pessoas tomam para o seu “eu presente” em comparação com decisões tomadas para o “eu futuro” ou para terceiros. Os participantes estimaram para o “eu futuro” a ingestão de uma quantidade de líquido próxima de $\frac{1}{2}$ copo, valor mais de duas vezes superior à quantidade indicada para o “eu presente”, que foi menos de $\frac{1}{4}$ de um copo. A quantidade estimada para os terceiros foi de praticamente $\frac{1}{2}$ copo, valor muito próximo ao escolhido para o “eu futuro”, confirmando assim a hipótese de que decisões para o “eu futuro” e para “outros” são similares (PRONIN *et al.*, 2008, p. 227).

O resultado dessa pesquisa é interessante, sob o ponto de vista psicológico, porque ele revela o distanciamento que subjetivamente criamos entre o “eu presente” e o “eu futuro”, a ponto de lidarmos com o segundo da mesma forma que lidamos com terceiros, ou seja, o “eu futuro” e “o outro” são equivalentes e diferentes ou apartados de “nós mesmos”. Somos mais amenos com o “eu presente” porque sentimos e estamos conectados com nossas emoções vigentes. O “eu presente” experimenta os fatos externos que o afetam no momento corrente e toma decisões baseadas nisso. Porém, entendemos o nosso “eu futuro” como uma entidade desconectada dos nossos afetos presentes. Aquilo que nos motiva, que nos prejudica ou que interfere positiva ou negativamente no momento atual parece não ter mais efeito ou relevância no futuro ou parece ser simplesmente ignorado. Daí surge a crença de que em algum momento futuro seremos mais capazes ou poderemos assumir compromissos maiores e mais complexos do que assumimos no presente. A palavra audácia, aplicada à decisão futura, explica bem esse fenômeno porque ela representa a tendência que dirige e incita o indivíduo a, temerariamente, realizar ações difíceis, desprezando obstáculos e situações de perigo. O sujeito de hoje, portanto, é

audacioso em relação ao seu futuro e acaba onerando o sujeito de amanhã.

O que se observa neste experimento é o comportamento de evitação, no presente, de algo aversivo, o que é típico da procrastinação. No entanto, as pessoas não se conscientizam ou não costumam interpretar como um problema, como comprova o estudo, o fato de delegar essa situação aversiva para si mesmas no futuro.

3.4 O que acontece quando o assunto envolve recompensa?

Um outro experimento foi realizado pelos mesmos pesquisadores da Princeton University envolvendo recompensa. Neste experimento, os participantes basicamente precisavam optar por receber uma quantia menor de dinheiro imediatamente ou uma quantia maior posteriormente, ou seja, a decisão em jogo era receber ou não uma gratificação pela espera (PRONIN *et al.*, 2008, p. 231).

O método aplicado apresentava similaridades em relação ao experimento anterior. Neste caso, 140 estudantes de graduação da Princeton participaram em troca de concorrer a um jogo de loteria. Os participantes foram divididos em quatro grupos. Para simplificação, discutiremos neste artigo somente as condições e resultados alcançados pelos três primeiros.

No primeiro grupo, os estudantes foram abordados no meio do campus e foram convidados a participar de uma pesquisa (*survey*). Caso concordassem, eles seriam inscritos em um jogo de loteria no qual teriam 1 chance em 100 de ganhar U\$50,00. A experimentadora informou que os estudantes saberiam se ganharam ou não o prêmio assim que eles concluíssem a participação na pesquisa. Ela também explicou que eles poderiam receber um cheque de U\$50,00 com a data corrente, isto é, que pudesse ser descontado imediatamente, ou um cheque pré-datado no valor de U\$65,00 com data para 2 meses e meio depois (aproximadamente 75 dias mais tarde). A escolha pela forma de pagamento seria do próprio concorrente que deveria informá-la marcando uma das duas opções em um formulário.

No segundo grupo a abordagem foi praticamente a mesma, exceto pelo fato de que os participantes foram informados que o vencedor poderia optar por receber um cheque de U\$50,00 datado para 2 meses e meio depois da data corrente ou um cheque de U\$65,00 datado para 5 meses depois da data corrente (isto é, 2 meses e meio depois da data da primeira opção de pagamento – as datas exatas foram fornecidas). A experimentadora explicou que o pagamento de U\$50,00 não poderia ser realizado imediatamente porque “infelizmente eles não poderiam efetuar pagamentos até que o estudo tivesse sido concluído”. A experimentadora também explicou para todos os grupos de participantes que o aumento de U\$50,00 para U\$65,00 era devido a uma taxa de compensação por pagamento postergado (PRONIN *et al.*, 2008, p. 232).

No terceiro grupo, o procedimento também foi bastante similar ao primeiro, exceto pelo fato de que os participantes foram informados que a experimentadora estava prestes

a começar a convidar alunos para preencher uma pesquisa em troca da participação em uma loteria com 1 chance em 100 de ganhar U\$50,00. Ela explicou que os alunos saberiam se haviam vencido assim que eles concluíssem sua participação e que o vencedor poderia receber um cheque de U\$50,00, que ele poderia sacar na mesma data do pagamento, ou um cheque de U\$65,00 que seria datado para 2 meses e meio depois, o que significa que ele não seria capaz de sacá-lo até a data predeterminada, com base na alegação da taxa de compensação. Ela também explicou que, normalmente, deixaria o participante tomar essa decisão por ele mesmo, mas, neste caso, ela precisava planejar e delimitar o estudo previamente, antes de poder iniciá-lo. Por isso, ela estava pedindo aos alunos que estavam sendo abordados naquele momento que escolhessem, dentre as duas opções fornecidas, qual deveria ser a forma de pagamento do prêmio para os alunos que participassem futuramente da pesquisa. As escolhas foram registradas em um formulário onde constavam as duas opções de pagamento (PRONIN *et al.*, 2008, p. 232).

Os resultados obtidos nesse experimento podem ser observados na Figura 2.

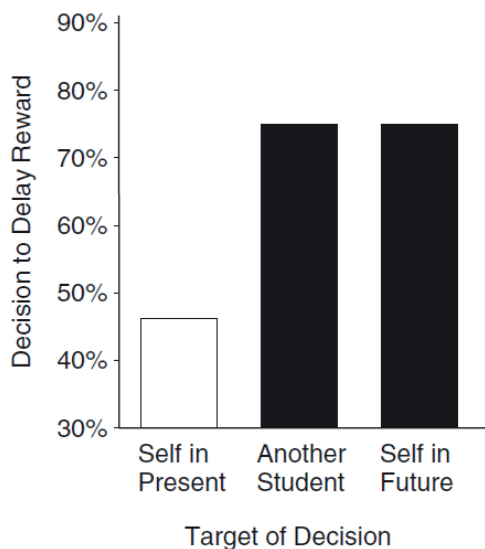


Figura 2 - Percentual de atraso do pagamento da recompensa determinado pelos participantes com variação em relação ao sujeito-alvo da decisão.

Fonte: Adaptado de Pronin *et al.* (2008, p. 232).

Os resultados deste segundo experimento confirmaram e ofereceram suporte adicional à hipótese dos pesquisadores de que as pessoas tratam o “eu futuro” da mesma forma como tratam “os outros”. Como demonstrado na Figura 2, as decisões a respeito de postergar recompensas financeiras dependem das condições experimentadas e do sujeito-alvo da decisão. Como esperado, os participantes foram menos propensos a optar pelo atraso no pagamento quando o vencedor era o “eu presente”, em comparação com os casos

em que o premiado foi o “eu futuro” ou uma outra pessoa. Nas condições apresentadas ao grupo 1, os participantes optaram por atrasar a recompensa em 46% das vezes. Em contrapartida com o que ocorreu no grupo 2, no qual os estudantes optaram pelo atraso em 74% das vezes, e no grupo 3, no qual essa mesma opção foi selecionada em 71% das vezes (PRONIN *et al.*, 2008, p. 232). Isto é, os valores obtidos nos dois últimos casos, nos quais os impactados pelo atraso seriam o “eu futuro” e “o outro”, foram muito próximos.

Este estudo reforça a existência de um distanciamento social e temporal entre o “eu presente” e o “eu futuro” e evidencia a influência que a experiência subjetiva imediata, incluindo pensamentos e sentimentos, exerce sobre as decisões das pessoas. O estudo também revela a questão da impulsividade e a necessidade que as pessoas têm de satisfazer imediatamente seus desejos, o que, como já dissemos, está intimamente relacionado com a procrastinação, uma vez que substituímos frequentemente as atividades que deveríamos realizar por aquelas que nos proporcionam mais prazer. Vale ressaltar que neste segundo experimento, a gratificação pelo adiamento do pagamento era 30% superior ao valor original do prêmio pago sem adiamento. Sob um ponto de vista mais racional e menos emocional, portanto, esperar um pouco pelo pagamento seria bastante vantajoso. No entanto, os participantes demonstraram maior apego à experiência emocional imediata nas decisões referentes ao “eu presente”. Por outro lado, quando distanciados desses afetos, eles foram capazes de tomar decisões mais lógicas ou mais sensatas.

3.5 O que fazer para reduzir a procrastinação?

Especialistas dizem que o caminho para reduzir ou para aprender a lidar melhor com a procrastinação é o autoconhecimento (VIONE *et al.*, 2020, p. 12). É preciso identificar as situações nas quais procrastinamos e compreender o porquê o fazemos. É importante também perceber quais aspectos da nossa vida estão sendo impactados por isso, em que momento isso se torna prejudicial e se é essencial mudar esse comportamento.

Como foi possível constatar nos estudos analisados, muitas vezes nós prejudicamos o nosso “eu futuro” quando procrastinamos. A partir deste entendimento, devemos passar a nos perguntar o que especificamente está nos levando a optar pelo adiamento voluntário de uma determinada atividade que é importante e que precisa ser realizada. Esse exercício provavelmente irá explicitar os afetos negativos ou necessidades intrínsecas que influenciam as nossas escolhas em relação à procrastinação e tal entendimento poderá nos ajudar a regular melhor as nossas emoções e decisões.

Segundo Vione *et al.* (2020, p. 12), como procrastinadores normalmente atuam sob pressão, pode ser estabelecido, pela própria pessoa, um limite de tempo para a realização de certa atividade. Esse recurso pode contribuir como uma motivação externa. Para a motivação interna, vale a pena avaliar o porquê de querer fazer a tarefa, focar nas intenções e no que se deseja alcançar. Para os perfeccionistas, a sugestão é diminuir o grau de autoexigência.

Além disso, deve-se entender o que está relacionado ao comportamento, quais são as crenças disfuncionais que surgem sobre nossas habilidades e questionar ou mesmo refutar essas crenças.

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos analisados indicam que as pessoas tendem a acreditar que, no futuro, elas serão mais produtivas ou mais competentes pois, ao projetarem algo para um momento posterior, elas se distanciam das emoções e dos eventos ambientais que as afetam no presente, isto é, se distanciam daquilo que chamamos de experiência subjetiva imediata. Essa crença leva à procrastinação, ao adiamento dos compromissos, na tentativa de evitar incômodos e frustrações do presente. Além disso, quando se trata de recompensa, tendemos a ser impulsivos e imediatistas, pois costumamos optar por gratificações de menor valor, porém rápidas ou instantâneas, em vez de optar por gratificações de maior valor, mas que exigiriam de nós algum tempo de espera ou um esforço maior para serem alcançadas.

Sendo assim, tendemos a favorecer o “eu presente” e a prejudicar o “eu futuro”. Se fosse possível postergar indefinidamente os nossos deveres e obrigações não haveria problema nenhum, pois tendemos a sempre proteger o “eu presente”, seja pela satisfação de suas necessidades imediatas ou evitando possíveis desconfortos. A questão é que isso simplesmente não é possível e o preço a ser pago por esse adiamento voluntário e não estratégico costuma ser bem alto. As consequências da procrastinação podem ser elevados níveis de estresse, sensação de culpa e de fracasso, baixa autoestima, podendo chegar ao transtorno de ansiedade e a episódios de depressão, entre vários outros tipos de patologias ou problemas.

A forma de evitar isso é o autoconhecimento e a autorreflexão. Devemos perguntar a nós mesmos o que exatamente nos faz crer que no dia seguinte ou que em alguns dias ou mesmo que em algumas semanas nós seremos mais capazes ou estaremos em melhores condições de executar aquilo que consideramos que não somos capazes de realizar hoje. Se a resposta fizer sentido, tudo está sob controle. Basicamente, nós precisamos compreender os motivos que nos levam a tomar essa ou aquela decisão e, de posse desse conhecimento, poderemos ser capazes de realizar escolhas mais pertinentes, mais racionais, mais adequadas e mais saudáveis.

Se a disfunção no processo de autorregulação e os efeitos da procrastinação já atingiram níveis demasiadamente prejudiciais para o indivíduo, é sempre indicado buscar a ajuda dos profissionais de saúde mental.

REFERÊNCIAS

BANDURA, A. **Self-regulation of motivation through anticipatory and self-reactive mechanisms.** Perspectives on motivation: Nebraska symposium on motivation. Lincoln: University of Nebraska Press, p. 69-164, 1991.

GEARA, G. B.; TEIXEIRA, M. A. P. **Questionário de Procrastinação Acadêmica - Consequências Negativas: propriedades psicométricas e evidências de validade.** Avaliação Psicológica, Itatiba, v. 16, n. 1, p. 59-69, 2017, Instituto Brasileiro de Avaliação Psicológica.

PRONIN, E.; OLIVOLA, C. Y.; KENNEDY, K. A. **Doing unto future selves as you would do unto others: psychological distance and decision making.** Personality and social psychology bulletin, v. 34, n. 2, p. 224-236, 2008.

SAMPAIO, R. K. N.; POLYDORO, S. A. J.; ROSÁRIO, P. **Autorregulação da aprendizagem e a procrastinação acadêmica em estudantes universitários.** Cadernos de Educação, Pelotas, v. 42, p. 119-142, 2012.

STEEL, P. **The nature of procrastination: A meta-analytic and theoretical review of quintessential self-regulatory failure.** Psychological Bulletin, v. 133, n. 1, p. 65-94, 2007.

STEEL, P.; KLINGSIECK, K. B. **Academic Procrastination: psychological antecedents revisited.** Australian Psychologist, v. 51, n. 1, p. 36-46. 2016. doi: 10.1111/ap.12173.

VIONE, K. C.; GUERRA, V. M.; SILVA, L. B.; BAUMEL, C. P. C.; ALMEIDA, G. S. **Procrastinação e síndrome do impostor.** Cartilha do curso de extensão Psicologia da Felicidade e do Bem-estar. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, 2020.

CONSTITUIÇÃO E EMERGÊNCIA DO BOLSONARISMO NO BRASIL: DO COLONIALISMO À ATUALIDADE

Data de submissão: 09/08/2023

Data de aceite: 02/10/2023

Bruna Nubile Maynard Lemos

Universidade Federal de São Paulo
Santos – São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/1071139303291152>

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo analisar as bases psicossociais do bolsonarismo, com foco na relação entre o colonialismo e a referida categoria política. O pressuposto central é que os movimentos políticos são produtos de movimentos de massa que se desenvolvem coletivamente ao longo da história. A metodologia utilizada foi a cartografia, concepção que se ocupa de acompanhar as processualidades das produções subjetivas. O estudo foca os aspectos do colonialismo, desenraizamento e construção do caráter nacional para entender como o bolsonarismo foi constituído, fortalecido e sustentado no Brasil. Conclui-se que o bolsonarismo é resultado da composição e sobreposição de camadas psicossociais, refletindo a disputa pelo imaginário e as subjetividades na sociedade brasileira. A emergência do bolsonarismo ocorre a partir do surgimento de novos problemas, exigindo novas concepções e enunciados.

PALAVRAS-CHAVE: bolsonarismo, colonialismo, desenraizamento, Brasil.

THE CONSTITUTION AND EMERGENCE OF BOLSONARISM IN BRAZIL: FROM COLONIALISM TO PRESENT TIME

ABSTRACT: This study aims to analyze the psychosocial foundations of Bolsonaroism, focusing on the relationship between colonialism and this political movement. The central assumption is that political movements are products of mass movements that develop collectively through history. The methodology used was cartographical, seeking to trace the processualities of subjective productions. The study focuses on aspects of colonialism, uprooting, and the construction of national character to understand how Bolsonaroism was constituted, strengthened, and sustained in Brazil. The conclusion discusses Bolsonaroism as a result of the composition and overlap of psychosocial layers, a reflection of the struggle for the imagery and the subjectivities of Brazilian society. The emergence of Bolsonaroism arises from the emergence of new problems, requiring new conceptions and enunciations.

KEYWORDS: bolsonarism, colonialism,

uprooting, Brazil.

1 | INTRODUÇÃO

Este artigo concentra-se na análise da problemática do bolsonarismo, um movimento político que traz em seu discurso o antipetismo, antipartidarismo e antiesquerdismo (SOLANO, 2019). Busca-se compreender os fatores que possibilitaram a ascensão desse movimento político e como ele é validado coletivamente. Ao explorar os movimentos psicossociais engendrados pelo bolsonarismo e a emergência dessa corrente política, o estudo examina a construção da subjetividade coletiva que a sustenta. O pressuposto fundamental é que os movimentos políticos são produtos de mobilizações de massa produzidas historicamente.

Em suma, este artigo tem como objetivo analisar as bases psicossociais do bolsonarismo, com foco na relação entre o colonialismo¹ e o referido movimento político. A inter-relação entre metodologia e objeto de estudo é crucial nesta pesquisa. Boaventura de Sousa Santos (2008) oferece uma reflexão epistemológica sobre a crise do paradigma moderno e o surgimento de novas formas de conhecimento. O método cartográfico, inspirado na obra de Deleuze e Guattari (1995), é relevante para a investigação, permitindo acompanhar as conexões históricas e sociais do objeto de estudo, o bolsonarismo, que emerge em meio às crises capitalistas e socioculturais. Através de um nomadismo bibliográfico, autores críticos são explorados para criar epistemologias alinhadas com a resistência ao imperialismo e à colonialidade.

A relevância deste trabalho se dá em produzir uma bibliografia que vise à apropriação da história brasileira, num movimento de desalienação da própria cultura, ao trazer à tona aquilo que foi apagado e violentado, ao olhar os traumas psicossociais em questão. Para que seja possível a construção de processos sociais mais igualitários, é necessário estar sempre atento às repetições e cristalizações dos modos de agir e de estar no mundo e às suas cronificações. Desse modo, o compromisso ético-político da pesquisa é promover transformação social e inclusão de grupos marginalizados.

2 | DISCUSSÃO METODOLÓGICA, EPISTEMOLÓGICA E SOCIOCULTURAL

Para esta pesquisa é essencial abordar a inter-relação entre a metodologia e o objeto de estudo. Nesse sentido, a reflexão de Boaventura de Sousa Santos (2008) nos auxilia ao se debruçar sobre a crise do paradigma moderno e o surgimento de novas formas de produção de conhecimento. A racionalidade moderna, influenciada pelo Iluminismo,

¹ Segundo Quijano (2009), colonialismo refere-se ao período histórico em que potências europeias conquistaram e colonizaram territórios fora de suas fronteiras, impondo sua autoridade política, econômica e cultural sobre as populações locais. Envolveu exploração, escravização e assimilação forçada de populações locais. Já a colonialidade é um conceito mais amplo, que transcende o colonialismo histórico. Refere-se a uma matriz de poder e dominação persistente, com padrões de opressão que continuam influenciando as estruturas sociais e culturais nos territórios colonizados, mesmo após o fim do domínio direto das potências coloniais.

enfativava a separação entre indivíduo e natureza, privilegiando o individualismo e a busca pela liberdade. Essas concepções emergiram em um contexto em que as relações mercantis começavam a se fortalecer nos séculos XVI e XVII, na Europa. Essa perspectiva resultou no desenvolvimento da ciência moderna, marcada pela quantificação, metrificacão e categorização da natureza.

No século XX, o paradigma moderno entrou em crise, à medida que questões que escapavam das categorizações causais começaram a ser consideradas. Isso ocorreu em meio às crises sistemáticas do capitalismo, que possibilitaram o questionamento dos modelos explicativos tradicionais. Começou-se a discutir a insuficiência desses modelos para explicar as problemáticas humanas e da natureza. A análise das condições sociais e culturais na investigação científica ganharam importância na reflexão epistemológica. Nesse contexto em que a noção de “leis da natureza” vai sendo rediscutida, os objetos vão sendo entendidos e interpretados com fronteiras cada vez menos definidas, e conceitos como sistema, estruturas e processualidades vão emergindo (SANTOS, 2008). Este último aspecto é de especial interesse para este trabalho e, por isso, o método cartográfico influenciado pelas ideias de Deleuze e Guattari (1995) é pertinente.

A historicização metodológica é fundamental para compreender o bolsonarismo, que emerge em um contexto de crises capitalistas e socioculturais. O uso de metodologias cartográficas permite questionar a insuficiência dos sistemas científicos tradicionais e construir novas epistemologias. O objetivo não é fornecer respostas definitivas, e sim acolher e compreender as angústias, feridas e traumas psicossociais² que eclodem na crise.

Este trabalho se concentra no estudo da constituição histórica brasileira para compreender como os enredamentos sociais culminaram na emergência de Jair Bolsonaro. Explora-se a produção de subjetividade, que é construída e constrói a sociedade brasileira ao longo do tempo. Será realizado um nomadismo bibliográfico, que consiste na imersão na produção de diversos autores que abordam um mesmo tema. Essa abordagem permitirá a construção de um raciocínio teórico sobre a emergência psicossocial do bolsonarismo, utilizando os referenciais da cartografia.

A produção teórica dos autores abordados neste artigo é unificada pelo problema de pesquisa que se apresenta. Embora suas obras possuam bases teóricas, epistemológicas e tenham sido produzidas em contextos históricos distintos, elas foram selecionadas por sua relevância para a compreensão dos aspectos levantados no trabalho, pelo problema da pesquisa. Cada autor contribui de maneira única para as reflexões e objetivos propostos, proporcionando uma abordagem abrangente sobre a constituição subjetiva brasileira e o

² O trauma psicossocial refere-se a feridas psicológicas e emocionais causadas por eventos traumáticos que ocorrem em nível coletivo ou social, afetando amplas populações e comunidades. O trauma psicossocial não apenas afeta as pessoas individualmente, mas também pode ter efeitos profundos na coesão social, nas relações interpessoais e na cultura de uma comunidade. Pode levar a sentimentos de medo, ansiedade, insegurança, desconfiança e desesperança. Além disso, o trauma psicossocial pode ser transmitido transgeracionalmente, perpetuando o sofrimento em comunidades afetadas por traumas históricos (MARTÍN-BARÓ, 1990).

fenômeno do bolsonarismo.

Deleuze indica que em cada formação histórica há maneiras de sentir, perceber, e dizer que conformam regiões de visibilidade e campos de dizibilidade (linhas de visibilidade e de enunciação). Isso quer dizer em cada época, em cada estrato histórico existem camadas de coisas e palavras. (PASSOS; BENEVIDES, 2017, p. 78).

Através do processo de escrita é possível acompanhar processos psicossociais de produção de subjetividades. Isso não significa explicar e desvelar a realidade, mas compreender como se manifestam intensidades, jogos de forças e campos de dizibilidades. Esta pesquisa se comprometeu com os direitos humanos e a transformação social, buscando a inclusão de grupos historicamente excluídos na sociedade. A análise foi orientada por uma perspectiva ético-política, tendo em vista a ampliação das possibilidades de vida e a promoção de práticas alinhadas com a resistência ao imperialismo e à colonialidade. Foram utilizadas estratégias de pesquisa cartográfica que acompanharam os movimentos da subjetividade, da pluralidade e da mutabilidade, buscando resistir às linhas duras e capturas (PASSOS; BENEVIDES, 2017).

Tendo compreendido as decisões metodológicas, éticas e políticas desta pesquisa, faz-se necessário explicar quais foram os caminhos experienciados nesse processo nômade. Os livros balizadores para este texto foram: **1492: o encobrimento do outro: a origem do mito da modernidade**, de Enrique Dussel (1993); **O caráter nacional brasileiro**, de Dante Moreira Leite (2002); e **A elite do atraso**, de Jessé Souza (2019).

3 | ENCOBRIMENTO E PROCESSOS DE DESENRAIZAMENTO

No livro **1492: o encobrimento do outro: a origem do mito da modernidade**, Enrique Dussel (1993) explora como os europeus colonizadores silenciaram, encobriram e destituíram os povos originários da América. Esse processo começou com a concepção eurocêntrica construída pelos europeus, baseada nos valores do cristianismo e na racionalidade. Essa perspectiva funcionava como um escudo protetor que impedia o encontro e a troca com outras culturas. Quando Colombo chegou à América e insistiu que estava no Oriente, ele não concebeu a possibilidade de estar em contato com uma cultura completamente desconhecida.

Posteriormente, os povos originários foram “descobertos” por Américo Vespúcio, mas ainda assim foram interpretados à imagem e semelhança do europeu. A América foi vista como uma matéria onde o europeu projetou a si mesmo. Isso levou o europeu a se ver como o “missionário da civilização”, enquanto os povos indígenas foram tratados como objetos de domínio e exploração. Outra camada encobridora envolveu o uso da violência militar para conquistar a terra e as riquezas. O processo de “conquista” é um ato militar e violento, que integra o Outro como parte de si mesmo, negando sua distinção e subjugando-o à totalidade dominadora (DUSSEL, 1993, p. 44).

Além do domínio militar, outra camada encobridora se deu através do catecismo, que se expandiu culturalmente, apagando símbolos e histórias indígenas. O discurso cristão culpabilizou os povos indígenas por suas próprias violências e os submeteu ao domínio europeu. Esse processo de colonização das subjetividades e internalização dos valores europeus é fundamental para compreender o bolsonarismo atual, em que ainda se observam ecos dessa formatação social. Muitos sujeitos internalizam valores religiosos que os culpam por sua miséria, buscando em figuras opressoras respostas e soluções para seus problemas. Nessa perspectiva, por serem civilizatoriamente imaturos, pagãos e bárbaros devem ser admoestados e estar submissos ao europeu. Esse é o preço da emancipação (DUSSEL, 1993).

Assim, através de diversos processos, o Outro foi sendo exterminado ou europeizado por diversas camadas encobridoras diante do fechamento europeu que produziu a impossibilidade de encontro e troca. Por isso, Dussel (1993) defende que o que houve entre os povos indígenas e os europeus foi um choque devastador do genocídio indígena que resultará em uma nova cultura sincrética. No entanto, essa cultura não será fruto de uma síntese cultural ou aliança, e sim de uma dominação ou trauma psicossocial original.

Bosi (1987) pontua que a consequência de conquistas predatórias é a impossibilidade de retomar formações muito singulares, uma vez que estas foram perdidas. “A cultura dominada perde os meios materiais de expressar a sua originalidade” (BOSI, 1987, p. 16), o que gera consequências em toda a formação social e subjetiva dessa população.

4 | SUBJETIVIDADES BRASILEIRAS

4.1 O CARÁTER NACIONAL BRASILEIRO

Dante Moreira Leite (2002) realiza uma pesquisa sobre o caráter nacional brasileiro e destaca as dificuldades em estudar grupos tão heterogêneos que compõem a mesma nacionalidade. Ele aponta problemas metodológicos e racistas em alguns pressupostos. Ao refletir sobre a diversidade cultural dentro do Brasil, questiona se há algo culturalmente comum que conecta pessoas de classes sociais opostas e lugares tão diferentes dentro do país. Por isso, ele enfatiza o caráter ideológico da concepção de nacionalidade e busca compreender como ela foi construída.

Nos registros do período colonial, sendo a carta de Pero Vaz de Caminha o mais emblemático deles, o aspecto do Brasil que é mais ressaltado e que passa a compor a concepção de nação é o de um país rico em sua natureza, composto de um povo de caráter inferior. Posteriormente, a colonização do Brasil pelos europeus resultou em cidades e territórios heterogêneos. O governo colonial português e a monarquia brasileira buscaram centralizar os grupos em uma unidade nacional, impulsionados pela ideologia nacionalista do romantismo. Esse movimento cultural acompanhou a imposição do liberalismo econômico como modelo de produção e o surgimento da concepção de indivíduo. A representação

idealizada do “índio” buscava expressar a idealização de um passado, mostrando-o como pueril, livre e corajoso. Dessa forma, a produção cultural romântica expressava as movimentações subjetivas que se produziam naquele momento (LEITE, 2002).

No período do realismo/naturalismo, a ciência ganhou espaço e legitimidade para explicar questões sociais. O país estava vivenciando o período pós-abolição, republicano, e buscava mão de obra trabalhadora. As políticas de embranquecimento favoreciam a entrada de trabalhadores europeus. Nesse contexto, diversas teorias, como o “darwinismo social” e o “determinismo geográfico”, legitimavam a hierarquização racial da sociedade. Autores como Nina Rodrigues contribuíram para essa visão, associando características psicológicas aos diferentes grupos raciais. Oliveira Viana defendeu um governo forte e autoritário como solução, uma abordagem considerada fascista por Dante Moreira Leite (2002).

A ideia de inferioridade racial dos indígenas e negros, manifestada na mestiçagem, foi usada para argumentar que o Brasil estava atrasado em seu desenvolvimento. Azevedo Amaral sustentou a tese de que o povo brasileiro era desatento ao futuro, incapaz de poupar, administrar seus bens e respeitar a ordem legal (LEITE, 2002). Esses valores foram a base para o desenvolvimento do populismo e patrimonialismo, dois pilares da moralidade da classe média antipetista e bolsonarista, conforme analisado por Jessé Souza – aspecto que será analisado mais profundamente adiante neste artigo.

4.2 CONSTITUIÇÃO SUBJETIVA DAS CLASSES SOCIAIS

As contribuições de Jessé Souza (2019) em seu livro **A elite do atraso** ajudam a compreender a constituição das subjetividades brasileiras ao traçar um caminho histórico desde a escravidão até o lavajatismo e o bolsonarismo. Para o autor, a produção coletiva de modos de subjetivação da classe média é crucial para a compreensão do bolsonarismo, destacando a escravidão como elemento central da sociedade.

Para iniciar o seu raciocínio, ele descreve a estrutura social escravocrata: família branca nuclear, pessoas negras escravizadas e filhos mestiços (nascidos do estupro das mulheres escravizadas). Esses filhos poderiam ter direito a herança, caso assimilassem os valores da elite e se afastassem culturalmente dos negros. Essa organização deu origem à cultura da classe média, ao conluio entre ela e a elite contra a ralé.

Com o fim da escravidão, o exercício de poder se deslocou da figura do patriarca para assumir uma forma mais impessoal, a estatal. A sociedade brasileira passou por uma europeização com a chegada de imigrantes, acrescentando uma nova camada à constituição social da classe média: o capital cultural valorizado. Destaca-se, assim, a interação das camadas históricas na construção da sociedade brasileira e a importância de compreender como esses processos afetam os sujeitos e suas subjetividades no cotidiano. A autora Bader Sawaia (2016) enfatiza que o conhecimento científico e as políticas públicas têm impactos reais nos corpos e afetos das pessoas, produzindo sofrimento intersubjetivo. Gonçalves

Filho (1998) aborda o desenraizamento ligado à miséria, que impede a sedimentação do passado das famílias e perpetua sua condição de exclusão e humilhação social.

Jessé Souza (2019) aborda como a classe média ganha protagonismo social após o fim da escravidão, impulsionada pela valorização do trabalho com determinado tipo de conhecimento. Ele discute como a sociedade domestica e internaliza marcadores sociais, maneirismos e códigos que posicionam os sujeitos em determinadas posições sociais. Essa produção e reprodução constantes de identidades sociais definem o acesso a lugares, empregos, oportunidades e a forma como os indivíduos transitam na sociedade.

Por que alguns indivíduos que pertencem a algumas classes desempenham secularmente certo tipo de função nas relações produtivas? É preciso partir, portanto literalmente do “berço”, ou seja, da socialização familiar primária para que se compreendam as classes e a sua formação e como elas irão definir todas as chances relativas de cada um de nós na luta social por recursos escassos. As classes são reproduzidas no tempo pela família e pela transmissão afetiva pelos pais aos filhos de uma dada “**economia emocional**”. O sucesso escolar dependerá, por exemplo, da transferência efetiva aos filhos de disciplina, pensamento prospectivo – ou seja, a capacidade de renúncia no presente em nome do futuro – e capacidade de concentração. Sem isso, os filhos se tornam no máximo analfabetos funcionais. Esse “**patrimônio de disposições**” para o comportamento prático, que é um privilégio de classe entre nós, vai esclarecer tanto a ocupação quanto a renda diferencial mais tarde. Como cada classe social tem um tipo de socialização familiar específico, é nela que as diferenças entre as classes têm que ser encontradas e ser objeto de reflexão. As classes sociais só podem ser adequadamente percebidas, portanto, como um fenômeno, antes de tudo, sociocultural, e não apenas econômico (SOUZA, 2019, p. 94).

O processo de constituição social ocorre de forma invisível e silenciosa, com a imitação dos modelos parentais, gerando a falsa ideia de meritocracia. Desde a sociedade colonial, houve movimentos de negação do que era considerado negro e inferior, resultando na segregação de manifestações culturais não brancas, o que persiste até hoje por meio de marcadores sociais aprendidos e reproduzidos inconscientemente. Especialmente considerando-se a história de escravidão que não foi rompida, mas reorganizada em novos arranjos sociais, essa segregação é observada através de marcadores sociais, como roupas, comportamentos e linguagem, que são aprendidos, incorporados e reproduzidos inconscientemente por todos.

Os governos petistas buscaram aproximar socialmente as classes médias e mais pobres. Isso implicava compartilhar serviços, ocupar os mesmos espaços e consumir os mesmos produtos, diminuindo a exploração e desorganizando a função social e a identidade da classe média. Com a aliança fortalecida historicamente entre as classes médias e as elites, isso gerou ressentimento.

Jessé Souza (2019) apresenta dois pilares do moralismo da higiene da nação que sustentam a aliança entre classe média e elite: o patrimonialismo e o populismo. O patrimonialismo consiste em enxergar o Estado brasileiro como corrupto e a população como

inerentemente corrupta e inferior em relação aos povos europeus e norte-americanos. Isso deslegitima o papel do Estado brasileiro e favorece a privatização das riquezas brasileiras em benefício das iniciativas privadas, que são as verdadeiras usurpadoras dessas riquezas.

O populismo é outro pilar do moralismo da higiene da nação, que sugere que políticas públicas voltadas para os mais pobres são uma forma de compra de votos. Essa visão desvaloriza a capacidade das classes mais pobres de tomar decisões autônomas e sugere que apenas elas são manipuladas por políticos, enquanto as outras classes são mais discernentes. Aqui, repete-se um aspecto identificado por Dussel (1993) e por Leite (2002), relacionado ao olhar do europeu aos indígenas e africanos como povos imaturos que deveriam ser educados e civilizados de acordo com os valores da racionalidade europeia. Trata-se de ideias racistas, classistas e de violências simbólicas atualizadas.

E como os processos de desenraizamento subjetivo desembocaram no bolsonarismo? Há uma profunda relação entre a colonização subjetiva e econômica. Deste modo, os governos petistas, ao proporem uma conciliação de classes, enfrentaram a oposição das elites, resultando em uma intensa instabilidade política. O discurso anticorrupção foi empregado como bode expiatório, refletindo os valores morais da sociedade, os quais Jair Bolsonaro captou e personificou em suas campanhas.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O BOLSONARISMO

O texto discute as contribuições de diferentes autores para compreender as bases psicossociais do bolsonarismo no Brasil. Enfatiza as perspectivas de Enrique Dussel (1993), Dante Moreira Leite (2002) e Jessé Souza (2019), que abordam o silenciamento dos povos originários, a formação da nacionalidade brasileira com elitismo e racismo, e a colonização das subjetividades das classes médias aliadas às elites. A partir dessa análise das camadas históricas e psicossociais, temos recursos para investigar a emergência do bolsonarismo na sociedade brasileira, como e por que ele é utilizado, e a que se refere.

Deleuze e Guattari (1992) discutem como um conceito é formado a partir da articulação, corte e superposição de elementos, resultando em um todo fragmentário que totaliza seus componentes. Neste artigo, explora-se como esses fragmentos culminam no conceito de “bolsonarismo”. O surgimento de um conceito não se restringe a resolver um único problema; ele reorganiza ou substitui conceitos anteriores, unindo-se a outras ideias coexistentes. A emergência do bolsonarismo se dá a partir da eclosão de novos problemas, demandando novas compreensões e enunciados.

Neste artigo percorrem-se fragmentos das construções subjetivas brasileiras. De acordo com a concepção de Deleuze e Guattari (1992) sobre a produção de conceitos, a emergência de uma nova categoria política, aqui denominada “bolsonarismo”, se dá a partir da insuficiência dos conceitos e compreensões anteriores, vigentes até então.

A partir de 2015, o Brasil enfrentou uma crise econômica após um longo período

de prosperidade sob os governos petistas, o que resultou em medidas impopulares de redução do estado de bem-estar social. Essa crise mobilizou regressões coletivas, dando origem a discursos conservadores e de ódio. Jair Bolsonaro emergiu como o porta-voz desse discurso reacionário e ressentido. Além disso, é relevante destacar o impacto das mudanças subjetivas decorrentes das transformações sociais e tecnológicas, como a internet, além do aprofundamento das crises sistêmicas do capitalismo, que desafiam os fundamentos do pensamento liberal e afetam as subjetividades contemporâneas. A crise social e a busca por segurança são enfatizadas como fatores que influenciaram a emergência do bolsonarismo na sociedade brasileira.

Solano (2019) realizou uma pesquisa de campo nas manifestações de 2015, que pediam o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff. Sua pesquisa procurava captar e entender quais eram as insatisfações e pautas daquele movimento. A autora repetiu a pesquisa em 2017 e 2018 em manifestações pró-Bolsonaro e identificou pautas como antissistema, antipartidarismo, antipetismo, antiesquerdismo e anti-intelectualismo. Ela destaca quanto a palavra “esperança” é atrelada à figura de Jair Bolsonaro.

O “bolsonarismo” emerge no momento em que, na crise, as contradições e traumas psicossociais irrompem, e é na figura de Jair Bolsonaro que há uma canalização desses afetos. Há uma força simbólica no entorno de sua figura e de seu discurso. Assim, o bolsonarismo se apresenta disputando os imaginários e subjetividades no país, e a comunicação afetiva desempenha um papel crucial nesse contexto, de modo a se tornar um poderoso motor político que influencia as percepções e comportamentos da população brasileira (SOLANO, 2019).

REFERÊNCIAS

BOSI, E. Cultura e desenraizamento. *In*: BOSI, A. (Org.). **Cultura brasileira: temas e situações**. São Paulo: Ática, 1987.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O que é a filosofia?** Tradução de Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz. São Paulo: Editora 34, 1992.

DUSSEL, E. **1492: o encobrimento do outro: a origem do mito da modernidade**. Petrópolis: Vozes, 1993.

GONÇALVES FILHO, J. M. Humilhação social: um problema político em psicologia. **Psicologia USP**, v. 9, p. 11-67, 1998.

LEITE, D. M. **O caráter nacional brasileiro: história de uma ideologia**. 6. ed. São Paulo: Unesp, 2002.

MARTÍN-BARÓ, I. Hacia una psicología de la liberación. *In*: VÁSQUEZ, A. G. (Ed.). **Psicología social desde Centroamérica**. San Salvador: UCA Editores, 1990, p. 77-98.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. São Paulo: Editora Brasiliense, 2017.

QUIJANO, A. Colonialidade do poder e classificação social. *In*: SANTOS, B. S.; MENESES, M. P. (Orgs.). **Epistemologias do Sul**. Coimbra: Edições Almedina, 2009, p. 73-118.

SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. *In*: SAWAIA, B. **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2016.

SOLANO, E. A bolsonarização do Brasil. *In*: ABRANCHES, S. *et al.* **Democracia em risco?** 22 ensaios sobre o Brasil de hoje. São Paulo: Companhia das Letras, 2019, p. 307-321.

SOUZA, J. **A elite do atraso**. Rio de Janeiro: Estação Brasil, 2019.

DEFICIT NA VIA NEUROLÓGICA MAGNOCELULAR E ESTRESSE VISUAL (SÍNDROME DE IRLLEN): DIRECIONAMENTOS PARA INCLUSÃO ASSERTIVA

Data de submissão: 08/08/2023

Data de aceite: 02/10/2023

Sandra Regina Barbosa

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências, Tecnologias e Inclusão – PGCTIN da Universidade Federal Fluminense – UFF
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/5824536251619175>

Barbara Assis Silva Barbosa

Pedagoga, Núcleo de Educação Especial e Inclusiva – NEEI da Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ
Rio de Janeiro – RJ
<https://lattes.cnpq.br/4533635537104658>

Kezia Graziela de Queiroz

Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Educação, Cultura e Comunicação em Periferias – PPGEE/ FEBF/ UERJ
Baixada Fluminense – RJ
<http://lattes.cnpq.br/5622198289137942>

Flavia Varriol de Freitas

Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências, Tecnologias e Inclusão – PGCTIN da Universidade Federal Fluminense – UFF
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/5435676111990027>

Edicléa Mascarenhas Fernandes

Doutora, Docente da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ,
Docente na FEBF/ UERJ e na Universidade Federal Fluminense,
Mestrado e Doutorado - UFF
Rio de Janeiro – RJ
<http://lattes.cnpq.br/4769008821320295>

RESUMO: A educação inclusiva hoje continua sendo um importante desafio e uma necessidade para garantir a equidade no sistema educacional. O conceito de educação inclusiva busca proporcionar oportunidades de aprendizagem para todos os alunos, independentemente de suas características, habilidades ou diferenças. A presente pesquisa tem o objetivo discutir as práticas pedagógicas na perspectiva da inclusão para casos de Estresse Visual - Síndrome de Irlen, no espaço escolar, assim como destacar a definição de deficiência visual, descrita no Decreto Nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004, que dispõe sobre critérios básicos para a promoção da acessibilidade. Através de uma pesquisa bibliográfica sistemática, foi possível concluir que para garantir a inclusão de alunos com Síndrome de Irlen na escola, é

fundamental que haja uma sensibilização por parte dos educadores, colegas e familiares. Professores precisam estar cientes da síndrome de Irlen e suas características, de forma a adaptar estratégias e recursos pedagógicos que auxiliem esses estudantes no processo de aprendizagem. Ainda, que não se trata apenas de fornecer suporte e adaptações, mas cultivar uma cultura de respeito à diversidade e ao potencial de cada indivíduo. Colegas de classe podem ser orientados a entender a Síndrome de Irlen e a respeitar as necessidades específicas de seus colegas nessa condição, fomentando a colaboração e a amizade entre todos. Por fim, este trabalho sobre Síndrome de Irlen e orientações pedagógicas, pode contribuir com a lacuna científica que se observa atualmente.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Irlen; Práticas Pedagógicas; Escolarização.

DEFICIT IN THE MAGNOCELLULAR NEUROLOGICAL PATHWAY AND VISUAL STRESS (IRLEN SYNDROME): DIRECTIONS FOR ASSERTIVE INCLUSION

ABSTRACT: Inclusive education today remains an important challenge and a necessity to ensure equity in the education system. The concept of inclusive education seeks to provide learning opportunities for all students, regardless of their characteristics, abilities or differences. This research aims to discuss pedagogical practices from the perspective of inclusion for cases of Visual Stress - Irlen Syndrome, in the school space, as well as highlighting the definition of visual impairment, described in Decree No. 5,296 of December 2 2004 that provides for basic criteria for promoting accessibility. Through a systematic bibliographic research, it was possible to conclude that in order to guarantee the inclusion of students with Irlen Syndrome in the school, it is fundamental that there is an awareness on the part of educators, colleagues and family members. Teachers need to be aware of Irlen syndrome and its characteristics, in order to adapt strategies and pedagogical resources that help these students in the learning process. Even if it is not just about providing support and adaptations, but cultivating a culture of respect for diversity and the potential of each individual. Classmates can be guided to understand Irlen Syndrome and to respect the specific needs of their colleagues in this condition, fostering collaboration and friendship among all. Finally, this work on Irlen Syndrome and pedagogical guidelines can contribute to the scientific gap that is currently observed.

KEYWORDS: Irlen Syndrome; Pedagogical Practices; Schooling.

1 | INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, houve avanços significativos em termos de conscientização e políticas que promovem a inclusão nas escolas. Muitos países têm desenvolvido leis e diretrizes que visam garantir o acesso e a permanência de todos os alunos no ambiente educacional regular, eliminando barreiras físicas, atitudinais e pedagógicas.

As práticas educacionais inclusivas envolvem a adaptação de currículos, metodologias e avaliações para atender às necessidades individuais dos alunos, fornecendo suportes e recursos adicionais quando necessário. Professores e educadores têm sido incentivados a buscar capacitação para lidar com a diversidade de suas salas de aula, criando ambientes

acolhedores e respeitosos para todos.

No entanto, apesar dos avanços, ainda há desafios a serem enfrentados. A falta de recursos adequados, a resistência a mudanças, a falta de formação adequada para os educadores e a falta de conscientização por parte da sociedade são alguns dos obstáculos que dificultam a implementação plena da educação inclusiva.

A inclusão de pessoas com Síndrome de Irlen na escola é uma importante iniciativa que visa proporcionar a todos os alunos um ambiente de aprendizagem mais acessível e igualitário. Ainda é uma condição pouco conhecida, mas que pode afetar significativamente a forma como o indivíduo percebe e processa as informações visuais, e que pode influenciar em sua vida acadêmica.

A presente pesquisa tem o objetivo de discutir o fazer pedagógico na perspectiva da inclusão para casos de Estresse Visual - Síndrome de Irlen, no espaço escolar. É uma grande conquista a desinstitucionalização e a criação de acordos e documentos para a inclusão de pessoas com deficiências, assim como, as devidas adequações para seu pleno desenvolvimento.

A definição de deficiência visual, é descrita no Decreto nº. 5296 em seu Capítulo 2, Do Atendimento Prioritário, item C, como:

Deficiência visual: cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,03 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°; ou a ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores (BRASIL, 2004, p. 2).

Porém, a definição exclui casos em que o paciente possua distúrbios de visão não especificado, descrito no CID10 (Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão) com a sigla H53.1, que os médicos utilizam e organizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993). A codificação H53.1 significa: Distúrbios Visuais Subjetivos. Astenopia, cegueira diurna, escotoma cintilante, fotofobia, halos(auréolas)visuais, hemeralopia, perda súbita de visão.

2 | CONSTRUINDO UMA EDUCAÇÃO INCLUSIVA: MARCOS LEGAIS E COMPROMISSOS GLOBAIS

A Declaração de Salamanca é um documento crucial para a promoção da educação inclusiva em todo o mundo. Foi adotada durante a Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais: Acesso e Qualidade, realizada em Salamanca, Espanha, em junho de 1994. A conferência reuniu representantes de 92 países e 25 organizações internacionais.

O objetivo central da Declaração de Salamanca é promover a educação inclusiva e garantir que todas as crianças, independentemente de suas diferenças e necessidades, tenham acesso a uma educação de qualidade. O documento defende a ideia de que

todas as escolas devem se tornar escolas para todos, ou seja, devem acolher e atender a diversidade de estudantes em suas comunidades.

Ainda, a Declaração de Salamanca (1994) traz perspectivas em relação as necessidades educativas especiais e as diretrizes de ação para o Plano Nacional de Educação. Nesta Declaração, que se constitui na defesa da pedagogia centrada na criança, entende-se que a avaliação da aprendizagem deve ser adequada a qualquer aluno que tenha dificuldade no seu processo de escolarização, assim como, a adaptação curricular e os aspectos das estruturas físicas, pois visa uma educação de qualidade para todos e que as crianças possuem o direito de aprender, de acordo com suas necessidades específicas.

A Declaração Mundial sobre Educação para Todos é um documento histórico assinado em 1990 em Jomtien, na Tailândia, durante a Conferência Mundial sobre Educação para Todos, organizada pela UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura) e o UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância).

Essa conferência reuniu representantes de 155 países e 150 organizações internacionais com o objetivo de discutir estratégias para garantir uma educação de qualidade e acessível para todas as crianças, jovens e adultos em nível global.

A Declaração Mundial sobre Educação para Todos estabelece metas e compromissos fundamentais para a melhoria do acesso e qualidade da educação em todo o mundo. Alguns dos principais pontos abordados no documento são:

1. **Acesso universal à educação:** O documento enfatiza o direito de todas as pessoas à educação, independentemente de sua idade, gênero, raça, etnia ou qualquer outra característica individual.
2. **Igualdade de oportunidades:** A declaração ressalta a importância de garantir a igualdade de oportunidades na educação, reduzindo as desigualdades socioeconômicas e culturais que podem impedir o acesso à educação.
3. **Educação básica e de qualidade:** A Declaração Mundial sobre Educação para Todos enfatiza a importância da educação básica como um direito fundamental e a necessidade de melhorar a qualidade do ensino.
4. **Aprendizagem ao longo da vida:** O documento reconhece que a educação deve ser vista como um processo contínuo ao longo da vida, abrangendo todas as faixas etárias e fases do desenvolvimento.
5. **Parcerias e cooperação internacional:** A declaração incentiva a cooperação entre os países e a colaboração com organizações internacionais para alcançar as metas de educação para todos (UNESCO, 1990, grifo nosso).

Nesse contexto, temos na “Declaração Mundial dos Direitos Humanos” (1948), que antecede acordos e leis, pois ocorreu logo após aos horrores da segunda guerra mundial, construções que apontam para adequações e como incluir com justiça. Pois ao universalizar o acesso à educação, os espaços escolares devem propiciar um ambiente adequado a aprendizagem, e este deve ser propício e adaptado para satisfazer as necessidades de aprendizagem de todas as pessoas.

Em 2001 o Ministério da Educação (MEC) instituiu as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica (BRASIL, 2001) que apresenta em seus fundamentos a legislação em alguns aspectos, destacando o ponto 1.6 em que o decreto nº 3.298/99 regulamenta a Lei nº 7.853/89, dispendo sobre a política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (termo utilizado para a época).

Tanto a “Declaração Mundial de Educação para Todos” e a “Declaração de Salamanca” abordam princípios que consideramos relevantes como: A preservação da dignidade humana; A busca da identidade e o Exercício da Cidadania. Estes pontos são fundamentais para que haja a inclusão do indivíduo com respeito e apoio na construção de sua autonomia e bem-estar composto da construção da sua cidadania.

Podemos citar também a Lei Brasileira de Inclusão, também conhecida como Estatuto da Pessoa com Deficiência, instituída pela Lei nº 13.146/2015 e que entrou em vigor em 6 de julho de 2015. Essa lei representa um marco importante na legislação brasileira, pois visa garantir a igualdade de direitos e a inclusão social das pessoas com deficiência em todos os aspectos da vida.

Entre os principais objetivos da Lei Brasileira de Inclusão estão a promoção da acessibilidade, a eliminação de barreiras físicas e atitudinais, a garantia de acesso à educação inclusiva, a proteção contra a discriminação, a promoção da participação social e política, entre outros.

A lei reconhece a pessoa com deficiência como sujeito de direitos e estabelece medidas e políticas públicas para assegurar sua participação plena e efetiva na sociedade, com autonomia e igualdade de oportunidades.

É importante mencionar que a Lei Brasileira de Inclusão foi um importante avanço na proteção dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil, mas ainda há desafios a serem enfrentados para sua plena implementação e efetivação. A luta por uma sociedade mais inclusiva e acessível é contínua e envolve o engajamento de toda a sociedade em busca de uma cultura de respeito à diversidade e de garantia dos direitos humanos para todos.

3 | PESQUISAS REALIZADAS E A APRENDIZAGEM

O Brasil vem alcançando lentamente avanços importantes no aspecto da inclusão de pessoas com necessidades específicas. Neste estudo pretendemos dar enfoque no que envolve a educação de pessoas que possuem comprometimentos no campo da visão, que podemos especificar como o campo da *Neurovisão*, que é a ciência que analisa todo processamento cerebral das informações enviadas pelos olhos, suas funções e distúrbios.

A neurociência visual é uma área de pesquisa que investiga a visão e seus vínculos com o funcionamento cerebral. Um exemplo de seu estudo são os déficits em vias neurológicas que podem afetar a visão. No entanto, essa disciplina vai além do mero

estudo das dificuldades visuais, pois está interligada à forma como o cérebro responde a estímulos do ambiente. Além disso, busca compreender como intervenções não invasivas podem contribuir para o tratamento de problemas visuais.

Nesse contexto, profissionais de diversas áreas desempenham papéis importantes. Médicos oftalmologistas e neurologistas trabalham em conjunto para diagnosticar e tratar condições relacionadas à visão e ao sistema nervoso. Fonoaudiólogos ajudam a aprimorar a comunicação e a linguagem, enquanto ortopedistas podem atuar na correção de problemas posturais que impactam a visão. Psicólogos e psicopedagogos contribuem para o entendimento do comportamento e das habilidades cognitivas dos pacientes, auxiliando na abordagem terapêutica mais adequada.

Essa colaboração entre profissionais de diferentes especialidades é essencial para uma abordagem holística e efetiva na compreensão e tratamento de questões relacionadas à visão e ao cérebro. Através de avaliações detalhadas e da aplicação de métodos não invasivos, a neurociência visual busca promover a melhoria da qualidade de vida dos pacientes, permitindo que alcancem o máximo potencial em sua percepção visual e interação com o mundo ao seu redor.

No contexto da visão e da educação para pessoas com deficiência, destaca-se o relevante trabalho do Instituto Benjamin Constant (IBC). Esse instituto é mencionado na obra “A educação do deficiente no Brasil dos primórdios ao início do século XXI”, de Gilberta de Martino Jannuzzi (2005), que aborda a trajetória da educação inclusiva no país.

Um marco importante nessa história é o relatório datado em 22 de julho de 1872, que expressa a preocupação em proporcionar oportunidades de emprego para os alunos do IBC. Esse documento ressalta a importância de garantir a inserção social e profissional dos indivíduos com deficiência visual, reconhecendo suas habilidades e potenciais, apesar das limitações visuais.

No entanto, as atividades empregatícias até então não eram externas ao Instituto. Mas com a legislação da LBI, Lei nº 13.146, de Julho de 2015, em seu capítulo VI, que assegurando legalmente a inclusão, não só no espaço educacional mas também no profissional, e ainda enfatizando os apoios e suportes, bem como as Tecnologias Assistivas (TA). Como exemplo citamos o DOSVOX, que é um sistema computacional sintetizador de voz, cuja finalidade é promover o acesso de pessoas com deficiência visual e alterações na visão, e as condições necessárias para uso de microcomputadores.

Sobre os Déficits na via Magnocelular e Estresse Visual - Síndrome adaptação de Irlen, é uma alteração visuoperceptual, causada pelo desequilíbrio da capacidade de exposição à luz. Produz alterações no córtex visual e déficits na leitura, afetando a velocidade de identificação das palavras e de sua compreensão, nervosismo, frustração, estresse e muitas vezes o abandono dos estudos.

A Síndrome de Irlen (SI) é uma condição que dificulta o uso pleno da visão e é caracterizada por um conjunto de sintomas que incluem a fofobia, ou seja, grande

desconforto em lidar com a luz associado a uma dificuldade própria de se adaptar ao ambiente claro e escuro.

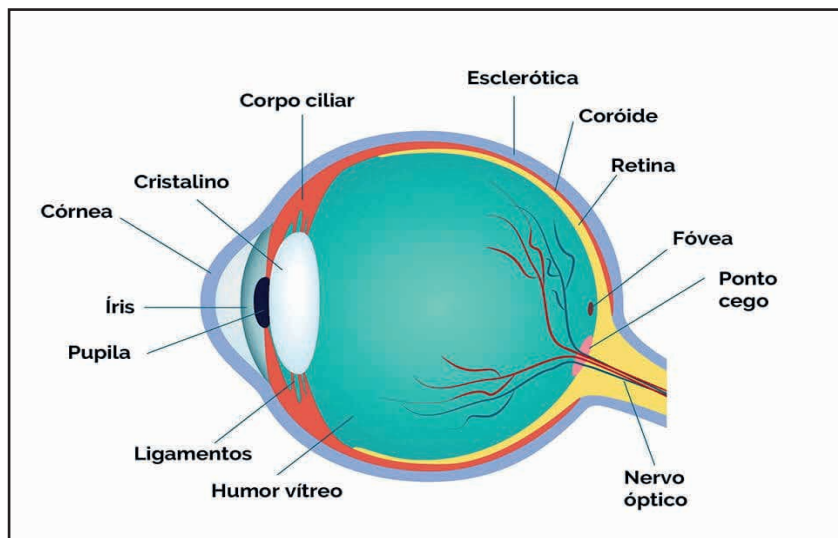


Figura 1: Anatomia do Olho

Fonte: Visão para o Futuro, 2022.

Na imagem ilustrada na figura 1, podemos perceber na anatomia do olho que a luz ao entrar pela íris, penetra por toda a estrutura dos olhos chegando até a retina, onde ali será transformada em estímulo nervoso. E é dessa forma que a informação visual chega ao cérebro pelo nervo óptico.

Outros sintomas muito frequentes são: dores de cabeça, enxaquecas, distorções visuais, além de alterações na orientação visuoespacial (dificuldade com a percepção de profundidade e a limitação da habilidade de avaliação tridimensional das coisas).

A Síndrome de Irlen é uma realidade que afeta grande porcentagem da população brasileira e mundial (prevalência de até 14%). Algumas hipóteses em pesquisas e debates sobre as causas da SI, são: anormalidade no sistema oculomotor, deficiência no sistema Magnocelular e a hiperexcitabilidade cortical.



Figura 2: Como uma pessoa com Irlen percebe um texto a partir de uma leitura prolongada.

Fonte: Fundação H. Olhos, 2022.

Distúrbios que também podem gerar o sinal ruidoso e tornar o processamento da informação visual muito mais difícil. E as informações nas redes neurais no cérebro podem produzir um erro, que aumenta para outros erros e gera as distorções visuais. A retina tem diversas camadas, e nelas se localizam as células fotorreceptoras, que são células que traduzem todos os componentes da imagem e nos auxiliam a diferenciar bordas e intensidade do que vemos. Nessa mesma estrutura se encontram diferentes comprimentos de onda que tem a luz e são transformados em cores, e é por esse processo que conseguimos ver formas e contrastes. Os Filtros espectrais tem a função de inibir o comprimento de onda específico, que esteja sendo responsável por desregular o sistema visual.



Figura 3: Método Irlen de Identificação

Fonte: Instituto Lucimara Maia, 2022.

O tratamento para a Síndrome de Irlen é definido após avaliação multiprofissional. Podemos perceber que em alguns casos mesmo que o paciente use filtros espectrais ou overlays, se faz necessário ajustes no material didático oferecido. As adequações no ambiente escolar para atividades avaliativas, devem ser personalizadas com tipologia específica, como fonte grande, em tipo Arial e a folha pode ter cor específica ou reciclada para alguns casos de Síndrome de Irlen.

O ambiente sem ruídos e conversas paralelas, favorece a concentração e compreensão textual, assim como se deve evitar local com luz direta sobre o aluno. Como veremos a seguir as lâminas de leitura são fundamentais para um ambiente propício de leitura para as pessoas com a síndrome de Irlen.



Figura 4: Método Irlen Lâmina de Leitura

Fonte: Fundação H. Olhos: 2022.

No processo de ensino aprendizagem, a teoria de Vygotsky (1896-1924), tem sido amplamente aplicada em contextos educacionais e de desenvolvimento infantil, influenciando práticas pedagógicas que enfatizam a aprendizagem significativa, a interação social e a construção do conhecimento em um contexto culturalmente relevante. Sua abordagem destaca a importância de considerar o contexto social e cultural na educação e no desenvolvimento das crianças.

Para Vygotsky (1994) a interação entre os alunos se constitui como um meio orgânico de aprendizagem a partir de um processo denominado mediação.

Uma das maiores contribuições de Vygotsky para a Psicologia e a Educação consiste na forma original com que compreendeu a relação de desenvolvimento/aprendizagem e a criação do conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP). O autor afirma que “a zona proximal de hoje será o nível de desenvolvimento real amanhã” (1994). Sendo assim o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) elaborado por Vygotsky aponta que as barreiras na aprendizagem do aluno nessa primeira etapa será superada pela interação com seus pares e do mundo que o cerca, onde ele alcançará sua autonomia.

A abordagem vygotkyana, é conhecida como abordagem histórico-cultural do desenvolvimento humano. Segundo Vygotsky, a aprendizagem não é um processo individual e isolado, mas sim um processo social, que ocorre por meio da interação com outras pessoas e com o ambiente. Ele acreditava que as crianças aprendem por meio da participação em atividades e práticas sociais, incorporando os conhecimentos e as habilidades que são mediados por adultos ou por pares mais experientes.

Dessa forma o autor aponta os diferentes momentos do desenvolvimento, a exemplo de quando o sujeito domina habilidades por ele adquiridas de forma autônoma e por outro lado nos mostra as habilidades em que o mesmo necessita de ajuda para realizar. Ou seja, na perspectiva desse conceito torna-se mais interessante o que a criança poderá alcançar a partir dos suportes planejados para mediar seu pleno desenvolvimento.

4 | CONCLUSÃO

Eliminar as barreiras na aprendizagem de pessoas com Síndrome de Irlen e possíveis exclusões no espaço escolar é um dos objetivos implícitos neste trabalho. Orientar o trabalho docente sobre as propostas para o fazer pedagógico adequado é o ponto fundamental.

Luckesi (2005) norteia a avaliação como propósito de buscar um retorno do que o trabalho docente alcançou ao discente e não na perspectiva de avaliar meramente a aprendizagem do educando. Partimos do princípio que todo indivíduo é dotado de saberes próprios, originários de seu contexto social, econômico, cultural e familiar. O que difere é a forma como esta aprendizagem é adquirida e como será oportunizada, na forma expositiva, interativa e cooperativa.

Entre as possíveis adaptações em sala de aula, estão o uso de papel e fontes específicas que minimizem o desconforto visual, bem como a disponibilidade de recursos digitais que permitam ajustes nas cores e contrastes das informações apresentadas. Além disso, pode ser benéfico permitir pausas frequentes durante atividades visuais intensas, como leitura e escrita, para reduzir a fadiga ocular.

Também é importante promover um ambiente inclusivo e acolhedor, incentivando a empatia e a compreensão entre os alunos. Colegas de classe podem ser orientados a entender a Síndrome de Irlen e a respeitar as necessidades específicas de seus colegas, fomentando a colaboração e a amizade entre todos.

A inclusão de pessoas com Síndrome de Irlen não se trata apenas de fornecer suporte e adaptações, mas de cultivar uma cultura de respeito à diversidade e ao potencial de cada indivíduo. Ao criar um ambiente escolar mais inclusivo, estaremos abrindo portas para que todos os alunos possam desenvolver seus talentos e habilidades, independentemente de suas características individuais. A diversidade é uma riqueza, e a inclusão é o caminho para uma educação verdadeiramente igualitária e enriquecedora para todos.

A importância da avaliação multidisciplinar e acompanhamento da mesma, deve ser considerada, devido à possibilidade de Dupla Especificidade em pessoas com a Síndrome de Irlen.

Assim como evidenciada na teoria de Vygotsky (1994), as crianças aprendem umas com as outras e as interações interpessoais devem ser garantidas como direito, sem que haja privação dos processos de construção das aprendizagens e da socialização.

Ressaltamos a plasticidade cerebral e as suas possibilidades de reorganização, e que há inúmeras formas de se trabalhar um mesmo conteúdo para favorecer o desenvolvimento de várias habilidades do aluno, promovendo sua autonomia e pleno desenvolvimento.

Diante desse cenário, é essencial que governos, instituições educacionais, pais, educadores e toda a sociedade se unam para fortalecer a educação inclusiva. Isso envolve investimentos em infraestrutura, formação de professores, políticas inclusivas, campanhas de conscientização e ações que promovam a igualdade de oportunidades para todos os alunos.

A educação inclusiva é um caminho para uma sociedade mais justa e empática, onde cada indivíduo tem a chance de desenvolver todo o seu potencial. Ao valorizar e acolher as diferenças, estamos construindo um futuro mais inclusivo, diverso e enriquecedor para todos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Direitos Humanos, Instrumentos Internacionais**: Documentos Diversos, Brasília: Senado Federal, 1990.

BRASIL. Ministério da Educação, Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação básica, Brasília: MEC, 2001. **Lei de Diretrizes e bases da educação 9394/96.**

BRASIL, **Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. Plano Nacional de Educação** - PNE e dá outras providências. Brasília, DF, 25 de Junho de 2014. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm. Acesso em 20 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 13.146. LBI** - Lei Brasileira de Inclusão. 2015.

BRASIL. **Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996.** Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em 20 out. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em 20 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 5.298 de 2 de dezembro de 2004.** Critérios básicos para promoção de acessibilidade às pessoas portadoras de deficiência. 2004

BOSSA, N. A. A. **Psicopedagogia no Brasil:** contribuições a partir da prática. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 2007.

FARIA, L.N. **Frequência a Síndrome de Meares Irlen entre alunos com dificuldades de leitura observadas no contexto escolar.** Tese de Mestrado. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.

FERNANDES, Edicléa Mascarenhas; ORRICO, Helio Ferreira. **Acessibilidade e Inclusão Social.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Deescubra, 2012.

FERNANDES, E.M.; CORRÊA, M.A.M. **Processo Ensino-Aprendizagem dos alunos com necessidades educativas especiais:** o aluno com Deficiência Mental. 1a ed. Rio de Janeiro: Unirio, 2018.

GUIMARÃES, M. R., Vilhena, D. A., & Guimarães, R. Q. **Relação do processamento óptico, neurovisual e cognitivo nas dificuldades de leitura.** Revista Acta Científica, 8, 193-212. 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.21745/ac08-18>. Acesso em: 17 dez. 2022.

GUIMARÃES, Márcia. **Síndrome de Irlen.** Fundação H. Olhos, 2022. Disponível em: <http://fundacaoholhos.com.br/sindrome-de-irlen-dra-marcia-guimaraes/>, 17 de dezembro, 2022.

JANNUZZI, G. M. **A educação do deficiente no Brasil:** dos primórdios ao início do século XXI. Campinas: Autores Associados, 2004, 243p.

LUCKESI, Cipriano Carlos. **Avaliação da aprendizagem na escola:** reelaborando conceitos e criando a prática. 2 ed. Salvador: Malabares Comunicações e eventos, 2005.

MAIA, Lucimara. **A Síndrome de Irlen.** Instituto Lucimara Maia, 2022. Disponível em: <http://lucimaramaia.com.br/sindrome-de-irlen>. Acesso em: 16 dez. 2022.

UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) **Marco da educação 2030**: Declaração de Incheon. Incheon, Coreia do Sul:

UNESCO. **Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura** (UNESCO) Disponível em: <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000187129>. Acesso em: 16 dez. 2022.

VISÃO PARA O FUTURO. **Enxergar o mundo com dificuldades, sem nitidez e distorções**. Não é normal ver assim. 2022. Disponível em: <https://visaoparaofuturo.com.br/sem-nitidez-e-distorcoes/>. Acesso em: 17 dez. 2022.

VYGOTSKI, L. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores**. São Paulo: Martins Fontes. 1994.

DIFICULDADES ENCONTRADAS POR PESSOAS COM DIAGNÓSTICO DO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

Data de aceite: 02/10/2023

Felipe Becker Teixeira

Acadêmico do curso de Psicologia,
Universidade do Contestado - Campus
Mafra

Felipe Ribeiro Raiman

Acadêmico do curso de Psicologia,
Universidade do Contestado - Campus
Mafra

João Carlos Corrêa

Acadêmico do curso de Psicologia,
Universidade do Contestado - Campus
Mafra

Maria Rita de Araújo Cardoso

Acadêmica do curso de Psicologia,
Universidade do Contestado - Campus
Mafra

Jaqueline Conceição

Professora universitária do curso de
Psicologia, Universidade do Contestado

dificuldades enfrentadas pela pessoa que possui o diagnóstico do transtorno no âmbito escolar, profissional e em suas relações interpessoais; apresentar o contexto histórico e as várias nomenclaturas que esse transtorno recebeu ao longo da história; retratar a divisão de seus tipos e a prevalência de cada um destes; compartilhar as bases neurofisiológicas para o diagnóstico do TDAH; identificar as formas e estratégias de tratamento e a prática do psicólogo nesta temática.

Estima-se que cerca de 4% a 5% da população mundial adulta é diagnosticada com TDAH. No Brasil, a prevalência entre crianças e adolescentes varia de 0,9% a 26,8%. No meio acadêmico, cerca de 12,5% a 21,8% dos alunos encaixam-se nos critérios diagnósticos para o transtorno, e pelo menos 25% dos acadêmicos com dificuldades são diagnosticados também (MATTOS, MENG, 2018).

Conforme estudos, em 90% dos casos o TDAH é manifestado por causas genéticas, geralmente apresentando-se durante a infância, sendo sempre uma

11 INTRODUÇÃO

O seguinte capítulo tem como objetivo conceituar e contextualizar o que é o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), quais as

pauta a ser estudada e debatida por vários profissionais da saúde – médicos, psiquiatras, neurologistas, neuropsicólogos, psicopedagogos, psicólogos, entre outros profissionais que ajudam em seu tratamento e diagnóstico. Há ainda uma estimativa de prevalência do transtorno de 5,29% entre indivíduos menores de 18 anos de idade; entre crianças em idade escolar, a estimativa de prevalência foi de 6,48% e entre adolescentes, 2,74% (LANDSKRON, SPERB, 2008); (POLANCZYK, 2007).

O transtorno está qualificado como um distúrbio do neurodesenvolvimento por estar ligado a problemas neurológicos que prejudicam a retenção e aquisição de informações específicas, sendo caracterizado pela dificuldade de manutenção da atenção do indivíduo. A metodologia utilizada foi a de pesquisa bibliográfica, a qual nos permitiu fazer a coleta de dados através dos diversos artigos citados.

2 | HISTÓRICO E CONCEITO DO TDAH

2.1 Etimologia da palavra

A palavra transtorno vem do latim *trans* mais *tornare*, onde “trans” significa através e “tornare” seria “fazer dar voltas”. Para Calazans e Martins (2007) transtorno significa uma situação que não é favorável e nem previsível e também que causa incômodo para alguém.

Déficit seria algo que está em falta, ou seja, não está completo, nem bem desenvolvido, e nesse caso é essa falta que deverá ser trabalhada (FERREIRA, 2013).

Para Ferreira (2013) a atenção seria uma aplicação cuidadosa a alguma coisa, seja quando vamos ler um livro, assistir uma aula, momentos esses em que é necessário atenção, ou seja, aplicamos cuidadosamente nossas percepções ao livro que está sendo lido ou a aula em que está sendo assistida.

Hiperatividade significa algo que é excessivo e patologicamente ativo, junção de hiper e atividade (FERREIRA, 2013).

2.2 Contexto histórico do surgimento do nome do transtorno

Patologia comumente diagnosticada em crianças, pois quando a criança começa a frequentar a escola é quando ela é inserida em um contexto social diferente, pois antes disso ela vivia a maior parte de tempo no contexto familiar, quando inserida no ambiente educacional ela começa se relacionar com as crianças a partir da relação que seus pais tiveram com ela, e também é percebido se ela tem comportamentos exacerbados que fogem do escopo. O TDAH tem sido observado, e conforme a atenção dada para tal observação, aumenta a complexidade de sua nomenclatura e base diagnóstica, o qual não foi sempre chamado dessa forma (SANTOS, VASCONCELOS, 2010; ALMEIDA, 2022; MISSAWA, ROSSETTI, 2014).

O transtorno passou por várias nomenclaturas, visto que em cada época foi focado em estudar um determinado sintoma, o que influenciava na forma que a patologia seria

chamada. Muitas vezes eram ligados ao TDAH (como hoje é chamado), sintomas que a psiquiatria e a neurologia não conseguiam explicar direito, como por exemplo a síndrome da encefalite letárgica que estava ligada aos sintomas da patologia e foi de grande desafio para ser estudada. Em sua história já passou por mais de 10 nomenclaturas diferentes, no século XIX sendo denominada de Lesão Cerebral Mínima (LCM) e Disfunção Cerebral Mínima, outras nomenclaturas sendo a deficiência mental leve ou branda, chamada de hiperatividade ou de hipercinética disfuncional, déficit de atenção e como é chamada nos dias de hoje Déficit de atenção e hiperatividade. Em 1960 o foco do estudo foi na hiperatividade onde foi denominado de Síndrome da Criança Hiperativa, descartando a hipótese de uma lesão cerebral focando na ideia de um problema neurofisiológico. A partir de 1970 os estudos foram concentrados na falta de atenção da criança, podendo ocorrer com ou sem a hiperatividade (SANTOS, VASCONCELOS, 2010; ALMEIDA, 2022; MISSAWA, ROSSETTI, 2014).

No século XIX, primeira vez que foi dada atenção para essa alteração de comportamento, foi denominada por Déficit de Controle Moral, descrita por George Still, pediatra inglês, ainda afirmou que a alteração no comportamento não teria relação com o ambiente, tendo em sua base causas biológicas, ou seja, hereditário. Foi Still quem forneceu as bases clínicas do diagnóstico do TDAH, entre suas afirmações estava a de que o TDAH seria um defeito na função inibitória da vontade. Em suas pesquisas observou que nas crianças expostas a punição não mostram uma mudança de atitude, as mesmas possuíam comportamento de base criminosa, como a agressão e o confronto, que foram considerados como normais, na condição do transtorno. As pesquisas também revelavam que a desatenção e a hiperatividade estavam presentes, mas não foram consideradas como sintomas da patologia (SANTOS, VASCONCELOS, 2010; ALMEIDA, 2022; MISSAWA, ROSSETTI, 2014).

Entre 1917 a 1918 ocorreu um surto de Encefalite que foi estudado, em 1930, por Eugene Kahn e Louis H. Cohen, os quais afirmaram em seu artigo que a doença tinha relação com sintomas de desatenção e hiperatividade, sendo os primeiros a realizar essa afirmação. Entre 1940 e 1962 houve considerações quanto à percepção do distúrbio. Em 1940 foi considerado uma lesão no cérebro, sendo denominada de lesão cerebral mínima, porém em 1962 foi revisada como sendo uma disfunção no sistema nervoso central, mudando o nome para disfunção cerebral mínima (SANTOS, VASCONCELOS, 2010; ALMEIDA, 2022; MISSAWA, ROSSETTI, 2014).

Em 1970 o DSM-III nomeou de Distúrbio do Déficit de Atenção (DDA), onde a hiperatividade poderia ou não estar presente, sendo que a atenção tinha prioridade, porém era muito difícil de ser observada, diferente da hiperatividade que podia ser facilmente percebida. Só em 1987 o DSM – III considerou a patologia como Distúrbio de Déficit de atenção de Hiperatividade, evidenciando novamente a hiperatividade como algo importante para se observar (SANTOS, VASCONCELOS, 2010; ALMEIDA, 2022; MISSAWA,

2.3 Conceito e diagnóstico do TDAH

O DSM - V (2018) mostra duas condições específicas para o TDAH, sendo a primeira como desatenção o que implica em não prestar atenção em detalhes ou comete erros nas atividades que realiza, tendo dificuldade em manter atenção nas mesas, o indivíduo parece não escutar quando alguém dirige a palavra a ele, não consegue seguir instruções até o fim e nem se organizar em tarefas, perde coisas e esquece com frequência. A segunda tem relação com hiperatividade e impulsividade onde o indivíduo remexe ou batuca as mãos ou os pés ou se contorce na mesma, não conseguindo ficar sentado em situações de espera muitas vezes não sabendo esperar sua vez, fala demais cortando as perguntas realizadas para ele. Lembrando que todas as questões devem acontecer frequentemente e trazer prejuízos para o indivíduo estando presente em mais de um ambiente em que frequenta.

É um transtorno do neurodesenvolvimento, isso porque pode aparecer antes ou durante a fase escolar das crianças, está ligado a questões neurológicas, também prejudica pessoas meio acadêmico quando adulto. São encontrados cinco tipos de TDAH reconhecidos no DSM-V, sendo eles:

- Desatenção predominante: esse tipo de TDAH é caracterizado pela desatenção, aqueles que sofrem com ele apresentam dificuldade de se concentrar na aula, em palestra, explicações, apresentam dificuldade em ler livros, costumam largar a leitura pela metade, terminam livros apenas se o assunto for bem atraente para o acometido pelo transtorno, comum serem facilmente distraídos por barulhos externos ou objetos chamativos.
- Hiperatividade/impulsividade: pessoas com tipo o TDAH hiperativo/impulsivo e apresentam comportamento impaciente tendo dificuldade de ficar em silêncio ou parado em determinado momento quando é necessário, um bom exemplo é na sala de aula onde é preciso ter um nível de concentração .
- Apresentação Combinados: também conhecidos como tipo misto o TDAH do tipo combinado é caracterizado por apresentar uma combinação dos dois tipos de tdah sendo eles o tipo desatento e hiperativo/impulsivo, onde quem é diagnosticado com eles vai apresentar tanto a falta de atenção e dificuldade de se concentrar, quanto a impaciência e agitação . O tdah tipo combinado pode ser facilmente confundido quando na infância muitos profissionais costumam falar sobre a necessidade de cuidado principalmente na infância na hora de dar um diagnóstico, pelo fato de ser natural algumas crianças apresentarem um certo nível de hiperatividade, colocando também a importância de levar em consideração a subjetiva de cada pessoa. Se tanto o Critério A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses, estabelecido pelo Manual diagnóstico e estatísticos de transtornos mentais
- Apresentação predominante desatento: quando é apresentado mais de uma

características de TDAH, entretanto não é do tipo misto/combinado. Isso devido a haver uma prevalência na desatenção. O diagnóstico deve atender os do Critério DSM - V , A1 (desatenção) quanto o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) são preenchidos nos últimos 6 meses.

- Apresentação predominante hiperatividade/impulsividade: também apresenta característica do tipo desatento e hiperatividade/impulsividade, tendo uma prevalência na hiperatividade/impulsividade desse tipo de TDAH para o diagnóstico da hiperatividade/impulsividade predominante deve se seguir os critérios do DSM - V Sendo o Critério A2 (hiperatividade-impulsividade) é preenchido, e o Critério A1 (desatenção) não é preenchido nos últimos 6 meses.

O DSM-V estabelece fatores que devem ser observados seguindo todos os critérios estabelecidos para o diagnóstico correto, tanto para o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade quanto suas apresentações e predominância.

2.4 Aspectos neurobiológicos que explicam o diagnóstico

As regiões cerebrais afetadas no transtorno são o córtex pré-frontal, gânglios da base e cerebelo, sendo percebido um menor fluxo de sangue na região pré frontal e no striatum, no caudado, visto também um baixo metabolismo e uma baixa na dopamina nessas regiões. Um fluxo maior de sangue é observado na região occipital (SZOBOT, 2001).

E se o córtex pré-frontal está com um baixo fluxo de sangue, teremos também um baixo metabolismo, isso resultará em um mal funcionamento desta área do cérebro. O córtex pré-frontal é responsável pelo teste de realidade e monitoramento de erros, controle de impulsos, inibe comportamentos inapropriados e também regula nossas emoções. Por este motivo uma criança com TDAH têm dificuldade em controlar seu comportamento impulsivo, não parando quieta e muito menos concentrada (ARNSTEN, 2009).

Essas relações diagnósticas que o DSM-5 traz podem ter grande relação com a dopamina, visto que a dopamina pode ter uma grande relação com motivação. A cientista Nora D. Volkow (2010) traz essa questão em um artigo sobre a relação de como as drogas agem em nosso sistema nervoso, em sua fala diz que o papel da dopamina é mais complexo do que apenas para a recompensa, visto que estímulos que geram um aumento rápido e grande de dopamina geram respostas condicionadas, o que vai resultar em indivíduos super motivados.

Em um estudo realizado com macacos para estudar os efeitos da cocaína no Sistema Nervoso Central (SNC) foi observado que ao entregar cocaína e comida para o macaco escolher dependeu muito da quantidade da droga que era disponibilizada para a escolha, se fosse uma quantidade pequena de cocaína o animal escolhia a comida, em grandes quantidades o animal escolhia a droga. Acontecia dessa forma por conta da quantidade de dopamina que era liberada no cérebro do macaco no momento da escolha, cocaína em pequenas quantidades não liberam dopamina o suficiente para rejeitar a

comida, uma vez que comer é uma necessidade fisiológica. Em contrapartida, cocaína em grandes quantidades liberam dopamina o suficiente para inibir essa necessidade fisiológica (NADER, CZOTY, 2005).

Para Izquierdo (2018) a dopamina tem grande importância para a aquisição da memória, visto que atua no hipocampo, região onde são formadas as memórias de longo prazo. O córtex pré-frontal também é afetado pela falta da dopamina, essa região além de ter grande responsabilidade em nossa atenção, é também responsável pela memória de trabalho, que mantém por alguns minutos a informação que está sendo processada no momento, sendo o primeiro estágio para a aquisição de memórias a longo prazo. O núcleo Caudado (região do striatum) e o cerebelo são responsáveis pelas memórias de procedimento, as quais são capacidades motoras, como andar de bicicleta e tocar um instrumento.

2.5 Pontos de reflexão sobre o diagnóstico e a neurobiologia do TDAH

Agora relacionando as informações trazidas pelo DSM-V e pelos estudos de dopamina, como uma criança conseguirá manter sua atenção em uma aula de matemática que não lhe traz interesse se lhe falta dopamina? Quando Volkow (2010) diz que ocorre um aumento de dopamina quando indivíduos viciados são expostos a estímulos que fazem referência a droga em questão, ela está querendo dizer que o indivíduo fica motivado, e muito, de uma forma incontrolável, em buscar a droga. Então se é necessário dopamina para ter motivação, e conseqüentemente ter atenção, uma criança com uma falta dessa substância em seu cérebro não conseguirá manter-se concentrada (SZOBOT, 2001).

Izquierdo (2018) trás uma boa ideia do porque crianças com TDAH se tornam mais esquecidas. Visto que, se é necessário dopamina para o córtex frontal ter um bom funcionamento, a pessoa com TDAH fica prejudicada, esquecendo informações que não foram de seu interesse.

A hiperatividade será uma consequência dessa falta de dopamina, a criança se agita, fica eufórica, conversa durante a aula, mantém-se incontrolada, comportamentos estes que podem estar relacionados a uma busca pela dopamina. Coloquemos uma criança na frente de um computador tendo aula de língua portuguesa, se a criança não tiver interesse na matéria ela muito provavelmente vai ficar girando na cadeira, não tem dopamina para manter-se focada e como girar na cadeira é muito mais divertido ela evidentemente vai ficar girando na cadeira, agora, coloquemos essa mesma criança na frente do computador assistindo Homem Aranha, ela provavelmente vai ficar muito mais focada, pois Homem Aranha é do interesse dela, ela gosta, ela se sente bem assistindo-o (SZOBOT, 2001); (VOLKOW, 2010); (DSM - V, 2018).

3 | CAUSA E CONSEQUÊNCIA

3.1 Reconhecimento das bases neurológicas do transtorno

O TDAH, Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, é um transtorno mental ocasionado por alterações no sistema cognitivo que afetam diretamente a manutenção da atenção do indivíduo – onde sua tríade sintomática compreende a desatenção, hiperatividade e impulsividade.

Conforme estudos, em 90% dos casos o transtorno é manifestado por causas genéticas, geralmente apresentando-se durante a infância, com estimativa de até os doze anos, e tem predominância no gênero masculino. Apesar de sua causa relevar em grande maioria a questão genética, fatores sociais, familiares e culturais podem também influenciar em tal comportamento (LANDSKRON, SPERB, 2008).

Por ser um transtorno que compromete a região frontal do cérebro, afeta diretamente as funções executivas e psíquicas de quem o possui, as quais geram consequências em situações como:

Elaboração de raciocínio abstrato, alternância de tarefas, planejamento e organização de atividades, elaboração de objetivos, geração de hipóteses, fluência e memória operacional, resolução de problemas, formação de conceitos, inibição de comportamentos, auto monitoramento, iniciativa, autocontrole, flexibilidade mental, controle de atenção, manutenção do esforço sustentado, antecipação, regulação de comportamentos e criatividade (SANTOS, 2011, p. 31).

Todos estes fatores são resultados de uma deficiência nas funções executivas do indivíduo com TDAH, o que prejudica e dificulta ainda mais seu processo de aprendizagem – e não apenas ele, mas como também na vida e em seus relacionamentos, sendo com pessoas e com o mundo exterior (OLIVEIRA, 2019).

Segundo Barkley (2002), a criança com TDAH apresenta poucas chances de desenvolver as funções psíquicas superiores, pois acredita que esta evolui juntamente com ela. Até 80% das crianças em idade escolar com diagnóstico de TDAH continuarão a ter a doença na adolescência, e entre 30 e 65% continuarão a apresentá-lo na vida adulta, em dependência de cada caso e da prevalência do transtorno.

3.2 Dificuldades enfrentadas pelas pessoas com TDAH

As dificuldades estabelecidas no desenvolvimento do indivíduo com TDAH criam prejuízos em seu convívio com a sociedade, algo que se compreende pela visão de que a criança, adolescente ou adulto com o transtorno não tenha total controle de seu comportamento, o que, para outros, ocasiona certo desconforto e preconceito, e de tal forma, em alguns ambientes – como o escolar ou de trabalho – possa gerar o uso de rótulos e apelidos, por ser uma situação “diferente do normal” – em casos extremos, pode se chegar a prática do bullying.

O âmbito escolar é o local onde ocorre maior dificuldade de interação por parte do indivíduo, pois há um excesso de estímulos voltados para a sua atenção, o que acaba por evidenciar os sintomas do transtorno. Como a escola faz parte do cotidiano da criança com TDAH, onde espera-se que ela socialize e obtenha êxito em seu desenvolvimento, é um tanto comum que ela não consiga praticar tais atividades de forma esperada, como em iniciar, executar e finalizar as tarefas propostas pelo professor (BARKLEY, RUSSELL, 2008).

Logo, o sistema escolar deveria procurar medidas para se adequar a um ambiente de caráter promissor ao indivíduo com TDAH, para que este obtenha resultados bons referentes à sua aprendizagem e conduta. O que às vezes dificulta tal tarefa é quando a escola não tem recursos, ou não procura abrir-se a diferentes metodologias que possam auxiliar não apenas as crianças com o transtorno, mas sim, outras com dificuldades de aprendizagem semelhantes aos sintomas do TDAH.

É relevante pontuar que o TDAH não é um transtorno de aprendizagem e sim neurobiológico, porém, por comprometer significativamente a atenção, pode acarretar em prejuízos significativos à criança ao longo de sua vida escolar (ROTTA, WEILER, RIESGO, SAMPAIO DE FREITAS, 2014).

Perrenoud (1999) afirma que por parte do educador, torna-se uma necessidade ter conhecimento sobre as dificuldades e transtornos de aprendizagem, pois assim este poderá tomar medidas que colaborem para o desenvolvimento de tais crianças, em um ambiente receptivo e embasado para suas práticas pedagógicas.

De acordo com Cosenza e Guerra (2011), é interessante pontuarmos a notável dificuldade de socialização da pessoa com TDAH, a qual afeta principalmente seus relacionamentos interpessoais, por não saber trabalhar em grupo e ser considerado alguém de comportamento difícil – por parte de adultos e crianças –, aumentando suas chances de obter experiências negativas.

A aflição do indivíduo com o transtorno com relação a tais dificuldades fica evidente, e, com o passar do tempo, este se irrita com seus lapsos de dispersão, pois além destes, geram maior amplitude de desorganização em todos os seus momentos e situações diárias (SILVA, 2003).

Isto pode gerar traços de comportamento instáveis em seu cotidiano – como resposta ao seu sofrimento –, possibilitando a inserção destes em diversos relacionamentos, empregos, escolas e grupos sociais. Para Silva (2003), a agitação mental provocada pelo TDAH é a grande responsável pelo fracasso em suas relações, fazendo com que o indivíduo tenha dificuldades em preservar amizades.

Visto que tem dificuldades em terminar tarefas, pode gerar conflitos no ambiente profissional, não conseguindo concluir seus afazeres por focar em outras coisas no mesmo período. Ao que diz respeito ao trabalho, Silva (2003) pontua que, quando o indivíduo com TDAH está prestes a receber uma promoção ou cargo elevado, recua por não se sentir

capaz, ou seja, demonstra sua dificuldade de lidar com grandes responsabilidades – e de aceitá-las como algo possível.

De acordo com a Associação Brasileira do Déficit de Atenção (ABDA), o TDAH no adulto frequentemente apresenta um importante comprometimento nas esferas ocupacionais e laborativas a longo prazo, menor produtividade, maior número de faltas, maior número de acidentes de trabalho e número de demissões.

Conforme Neto (2010) e Sampaio de Freitas (2014), o que geralmente leva a criança, adolescente ou adulto aos consultórios é a hiperatividade, por ser o principal sintoma gerador de insatisfação social.

Nas relações interpessoais, há certo desequilíbrio causado pela desatenção do indivíduo com TDAH e ainda, por seu caráter impulsivo. Ou seja, traz claramente a sua dificuldade em executar tarefas a longo prazo, por adiá-las, e por consequência, envolve-se em situações de impuntualidade, por conta de tê-las esquecido.

Tal comportamento ocasiona desconforto e solidão em seu parceiro, já que acaba sobrecarregando-o por não executar corretamente a divisão de tarefas que estabeleceram, e de tal forma, sua grande desorganização mental não colabora para o equilíbrio na relação. Por ser um processo que ocorre de forma rotineira, o resultado disto tudo acaba sendo o atrito dentro do relacionamento afetivo, pelo companheiro definir seu comportamento como “egoísta”. De tal forma, há sempre um desgaste nas relações conjugais do adulto com TDAH.

Segundo Silva (2003), quando se encontram hiper focados em situações de seu interesse próprio, imersos em pensamentos, pode ser que se apresentem ausentes, por esquecerem de tudo e de todos ao seu redor. É este tipo de situação que gera desinteresse em seu cônjuge, muitas vezes, ocasionando em término e divórcio. A visão de que a sintomatologia de seu transtorno são características de sua personalidade são na verdade um equívoco, por serem situações totalmente diferentes - e, infelizmente, é algo que ocorre diariamente.

De acordo com a ABDA (2017), estudos informam que cerca de 75% dos adultos com TDAH apresentam mais de uma comorbidade em resposta à quantidade somatória de experiências negativas ocasionadas por seu transtorno. Entre as mais comuns, estão: depressão, ansiedade, compulsão alimentar, distúrbios do sono, drogadição e alcoolismo e dislexia. Por conta destes fatores, o indivíduo pode desenvolver uma comorbidade que afeta diretamente em suas relações interpessoais: a fobia social.

O ambiente no qual o indivíduo com TDAH se desenvolveu também pode influir significativamente na construção de vínculos interpessoais, conforme afirma Silva (2003) a respeito do transtorno: se o indivíduo com TDAH tiver se desenvolvido em um ambiente punitivo e insatisfatório, e ainda obter uma herança genética que não seja favorável a interações sociais, seu papel sob esta condição pode estar diretamente ligado com a fobia social.

Sentimentos por parte consciente do indivíduo com o transtorno podem ser relacionados diretamente à uma baixa autoestima, por se sentirem inferiores com relação às suas capacidades sociais, ao se compararem com pessoas de seu convívio, e por apresentarem queixas sobre sua impulsividade e desorganização (SILVA, 2003).

No entanto, é importante salientar que o indivíduo, quando diagnosticado com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, tem a chance de trazer para sua vida uma melhora significativa com o tratamento adequado, que irá lhe trazer diversos benefícios nas relações interpessoais com cônjuges, familiares, pessoas do convívio, e inclusive, em sua visão sobre si mesmo.

O tratamento ocorre pela divisão de quatro etapas, segundo Silva (2003, p. 10):

Informação a pessoa com diagnóstico e seus familiares; conhecimentos técnicos sobre o transtorno; medicamentos e psicoterapia. Assim, torna-se possível extinguir a crença – ainda por parte da família – de que a sintomatologia do transtorno são traços da personalidade do indivíduo, tirando um “rótulo” de seu comportamento, e proporcionando melhor auxílio em seu processo.

O diagnóstico em si já é algo deliberadamente libertador, pois pode colaborar ainda para uma ressignificação da autoimagem já criada de si mesmo – geralmente negativa –, compreendendo que suas dificuldades podem ser trabalhadas com melhor auxílio, facilitando seu convívio social e melhorando a qualidade de vida do indivíduo com TDAH.

4 | ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO

O fato do TDAH se desenvolver na infância faz com que se tenha uma atenção ainda maior para com as pessoas com o transtorno nessa fase do desenvolvimento humano, é nesse período onde o indivíduo acaba tendo contato com grande quantidade de novos estímulos, o que torna a infância a fase de maior desenvolvimento cognitivo e principalmente social da sua vida, onde suas relações com o ambiente começam a ser construídas e sua personalidade a ser moldada.

Segundo pesquisas sobre o tema em estudo computou que há uma estimativa de prevalência de 5,29% entre indivíduos menores de 18 anos de idade. Entre crianças em idade escolar, a estimativa de prevalência foi de 6,48% e entre adolescentes, 2,74% (POLANCZYK, 2007).

A partir disso se entende que um indivíduo que possui TDAH terá grandes complicações no seu desenvolvimento social, pois a sociedade como um todo não está preparada e instruída a conviver com o TDAH, a má compreensão de como as pessoas com esse transtorno funcionam é, provavelmente, a maior barreira a ser superada.

Levando em consideração que ela surge na infância, que nesse momento na vida da criança a escola e o grupo familiar se fazem mais presentes e que, segundo Barkley (2002), Coutinho (2007) e Cunha (2001) o TDAH afeta a vida da criança tanto socioafetiva, como profissional e principalmente escolar, devemos dar um foco maior para esses grupos

quando pensamos em estratégias que visem uma maior compreensão e integração na sociedade de pessoas com TDAH.

Pensando nas características de uma criança com esse transtorno, o papel do professor é de grande importância no desenvolvimento afetivo e cognitivo do aluno com TDAH, na intenção de alcançar esses objetivos é necessário que este profissional tenha conhecimento e capacitação para que suas aulas sejam planejadas e ministradas de um modo que a criança com TDAH consiga se adaptar da melhor forma, que haja a aprendizagem dos conteúdos a serem passados e também o desenvolvimento de suas possíveis habilidades.

O aluno com TDAH na sua relação com o ambiente escolar é importante para a construção da sua subjetividade, devemos compreender que o corpo é um espaço que sinaliza antecipadamente os sinais daquilo que o indivíduo é ou poderá se tornar no futuro (ERVING GOFFMAN, 1988).

Tendo em vista que o aluno com TDAH se apresenta de forma mais intensa com o corpo, ele traz consigo os sinais do seu transtorno, e isso causa estranheza no ambiente escolar, refletindo diretamente no convívio desse aluno e na sua construção como sujeito social (FOUCAULT, 1977).

Teles (2001) coloca que assim como a família, a escola também procura transmitir aos indivíduos escolarizados os conceitos do que é bom, mau, certo, errado, natural, divino, profano, autoridade. Desse modo entendemos o papel da escola no desenvolvimento da criança com TDAH, e a tarefa que seus profissionais têm de estarem em constante atualização a respeito das melhores metodologias a serem utilizadas em sala, e que sejam eficazes no processo de aprendizagem do aluno, que estejam favoráveis ao nível de desenvolvimento da criança com déficit de atenção e que garantam a inclusão do mesmo na sociedade com indivíduos operantes.

Para Almeida (2004), o ensino deve ter um foco, atenção nas necessidades apresentadas pelos alunos também, principalmente no sentido do seu desenvolvimento afetivo-cognitivo, pois as interações que a criança estabelece com o meio em que vive são, muitas vezes, instáveis devido às próprias transformações biológicas dos indivíduos, quanto pela plasticidade do próprio ambiente e pelas evoluções que seus processos enfrentam, por isso se faz necessário que sejam orientados adequadamente à ação educativa. Ensinar não se limita a apenas repassar informações ou mesmo mostrar um determinado caminho, aquele caminho cujo o professor considera o correto, mas é conduzir a pessoa a tomar e ter consciência dela própria, dos outros e da sociedade.

É aceitar-se como pessoa e saber aceitar os outros, independente de suas diferenças. É fornecer o necessário para que a pessoa possa escolher entre muitos caminhos, aquele que, para ela, seja compatível com seus valores, sua visão de mundo e com as diversas circunstâncias que irá encontrar. Educar é preparar para a vida (KAMI, 1991).

Com atividades que sejam atrativas, é possível reorganizar o modo de ensino,

tornando-o flexível e não engessado, trazendo formas diferentes de alcançar objetivos escolhidos, captando e aumentando a atenção das crianças com o déficit. Rief (1993), sugere algumas estratégias que podem ajudar na prática pedagógica do professor, e que de certo modo pode ser orientado pelo Psicólogo aos educadores e pais ou responsáveis da criança:

Instruções para os educadores	Estabelecer regras e combinados com a criança, sempre procurar usar um tom de voz adequado ao momento
	Ensinar regras, dar oportunidade para que os alunos pratiquem o que desejam, mostrando a eles uma opinião a respeito dos combinados já estabelecidos
	Estimular e reforçar comportamentos positivos, deixar claro que está sendo cooperativa
	Sempre elogiar quando conseguir atingir as metas estabelecidas, ajudá-lo no individual sempre que necessário
	Oferecer atividades onde o mesmo possa se movimentar na classe e em outros ambientes da escola
	Desenvolver atividades com o aluno onde se tenha uma relação com o que se aprende na escola e com situações da sua própria vida
	Evitar mudanças bruscas na rotina e, quando isso acontecer falar ao aluno
	Sempre estar em contato com a família
	Estimular a interação do aluno com os demais colegas, procurando desenvolver atividades em grupo
	Envolvê-lo em todas as atividades cívicas, artísticas, esportivas e sociais da escola, juntamente com os demais alunos
	Adequar à sala em círculo para assim favorecer a todos o contato visual com os demais colegas e o professor
	Deixar o aluno sentado perto da professora, e, de preferência, longe de porta e de janelas
	Organizar atividades onde a quantidade de estímulos que distraia o aluno seja mínima
	Estimular os mesmos a fazer a organização de seu horário, seu material, suas atividades, despertando assim a responsabilidade e a independência
Organizar o espaço físico de maneira que facilite o aprendizado do aluno	

QUADRO 01 - ORIENTAÇÕES DO PSICÓLOGO PARA OS EDUCADORES

Fonte: Rief (1993).

Fazenda (2010) enfatiza que um professor dedicado a sua profissão quando é submetido a um trabalho desafiador, busca sua identidade profissional e pessoal, recuperando e ressignificando a sua origem ao seu próprio projeto de vida. Assim entendemos que o processo de aprendizagem pelo qual um aluno com TDAH passa é uma relação direta com o meio e as regras sociais presentes nele e com o professor, que além de ter o dever de estar metodologicamente atualizado, engajado e determinado a transformar

o aluno, deve estar atento aos outros alunos que não possuem o TDAH, procurando que haja compreensão e assimilação por parte dos mesmos, visando um ambiente harmonioso e apto para que aconteça a aprendizagem.

5 | CONCLUSÃO/ CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme foi utilizada a metodologia de pesquisa bibliográfica, podemos então entender sobre o TDAH sendo um transtorno multifatorial do neurodesenvolvimento, ou seja, a vários fatores que podem desencadear o transtorno, onde tem a prevalência de uma falta de atenção e em alguns casos juntamente com a hiperatividade. É um distúrbio que deixa a criança impossibilitada de manter sua atenção em algo que não lhe é interessante, por conta da falta de dopamina em seu encéfalo.

Pudemos evidenciar que a dopamina está totalmente ligada com a motivação, e também está envolvida na formação de memórias, isso pode explicar porque uma criança muitas vezes não consegue prestar atenção na aula, o conteúdo tem que lhe trazer muito interesse para que consiga se manter atenta, e nos mostra também o porquê a criança se torna mais esquecida, se solicitado uma coisa para ela, a mesma não conseguirá se lembrar do que foi pedido, pois fará outras coisas, que provavelmente lhe eram muito mais interessantes, deixando para trás o que foi pedido.

O indivíduo com TDAH possui diversos obstáculos em seu cotidiano no que se refere a insatisfação social por parte dos ambientes em que convive, sendo na escola, trabalho e/ou em suas relações interpessoais. Isso se dá por conta de sua tríade sintomática – desatenção, hiperatividade e impulsividade – a qual em muitos casos é confundida com as características da personalidade do indivíduo, o que acaba por resultar em preconceitos com relação às dificuldades diárias que ele enfrenta.

Tal demanda demonstra seu grande envolvimento em experiências negativas, as quais acabam se somando e possibilitando a aparição de comorbidades em conjunto do TDAH, tais como: depressão, ansiedade, compulsão alimentar, distúrbios do sono, drogadição e alcoolismo, dislexia e fobia social.

O DSM-V aborda os cinco tipos de prevalência do TDAH que devem estar presentes no diagnóstico, sendo estes: tipo desatento, que apresenta como característica a falta de atenção; tipo hiperativo/impulsivo, o qual possui características de inquietação, sendo essas duas as mais comuns; o tipo misto/combinado, que, para o diagnóstico, apresenta uma mistura do tipo desatento e hiperativo/impulsivo; tipo de apresentação predominante na desatenção, no qual o diagnóstico deve seguir os critérios exatos do DSM-5, no qual é caracterizado pela desatenção predominante, ainda assim apresentando características do tipo hiperativo/impulsivo; apresentação predominante na hiperatividade/impulsividade, que acaba por apresentar também características do tipo desatento. Os tipos de apresentação predominante na desatenção e o de apresentação predominante na hiperatividade/

impulsividade são diagnosticados pelo DSM-V utilizando-se o critério de tempo.

Com base na sua história, a nomenclatura utilizada para o TDAH variou muito desde George Still, autor que primeiro estudou o distúrbio e deu as bases diagnósticas, ela era classificada conforme o sintoma que era focado no período do estudo. Muitas vezes era relacionado ao transtorno patologias que não tinham conferência, mas também que não havia explicação, então eram atreladas ao diagnóstico até o momento que se entendia o que era e as causas da patologia misteriosa.

A criança, adolescente e adulto com TDAH tem grandes chances de melhora em sua qualidade de vida, levando-se em conta o tratamento, que pode ser feito através de psicoterapia e uso de medicamentos, e estratégias pedagógicas referentes ao ambiente escolar por parte do conhecimento do profissional sobre o transtorno.

Logo concluímos que, com a definição do diagnóstico deste transtorno neurobiológico, é possível manusear de melhor forma a condição que acabou tomando sobre o indivíduo, se tornando algo que possa ser habituado de forma mais saudável ao longo de sua vida.

REFERÊNCIAS

ALVES PEREIRA ALMEIDA, S. REFLEXÕES SOBRE ASPECTOS DA APRENDIZAGEM DA CRIANÇA COM TDAH. *Revista Primeira Evolução*, São Paulo, Brasil, v. 1, n. 25, p. 113–116, 2022. Disponível em: <https://primeiraevolucao.com.br/index.php/R1E/article/view/213>. Acesso em: 5 maio. 2022.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

IZQUIERDO, I. **Memória**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 140 p. ARNSTEN, Amy F. T.. Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*, [S.L.], v. 10, n. 6, p. 410-422, jun. 2009. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/nrn2648>.

CALAZANS, Roberto; MARTINS, Clara Rodrigues. Transtorno, sintoma e direção do tratamento para o autismo. **Estilos da Clínica**, [S.L.], v. 12, n. 22, p. 142-157, 1 jun. 2007. Universidade de São Paulo, Agência USP de Gestão da Informação Acadêmica (AGUIA). <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-1624.v12i22p142-157>.

Caliman, Luciana Vieira. Notas sobre a história oficial do transtorno do déficit de atenção/hiperatividade TDAH. *Psicologia: Ciência e Profissão* [online]. 2010, v. 30, n. 1 [Acessado 5 Maio 2022], pp. 46-61. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100005>>. Epub 02 Mar 2012. ISSN 1982-3703. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000100005>.

Carvalho, A. S. M. Albuquerque, L. F. S. Souto, P. F. Triches, J. C. Amorim, V. C. P. Jabogucci, L. A. **Funções Psíquicas comprometidas com o TDAH**. p. 1-7, 03, 2022. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27700>

FERREIRA, Mariana Baird. **Míni Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. 8. ed. Curitiba: Positivo, 2013.

Gomes, M. J. M. Confort, M. F. **TDAH: Implicações no Relacionamento Interpessoal**. Rev. Episteme Transversalis, Volta Redonda-RJ, v. 8, n. 2, p. 119-132, 07-12, 2017.

MISSAWA, Daniela Dadalto Ambrozine; ROSSETTI, Claudia Broetto. Psicólogos e TDAH: possíveis caminhos para diagnóstico e tratamento. **Constr. psicopedag.**, São Paulo, v. 22, n. 23, p. 81-90, 2014. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-6954201400100007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 maio 2022.

NADER, Michael A. *et al.* PET Imaging of Dopamine D2 Receptors in Monkey Models of Cocaine Abuse: Genetic Predisposition Versus Environmental Modulation. **The American Journal Of Psychiatry**, [s. l.], v. 162, n. 8, p. 1473-1482, 8 ago. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1473>. Acesso em: 12 maio 2022.

Pontara, B. Marinho, D. Motta, F. Santos, J. Cacciari, M. B. **O ALUNO COM TDAH: OS DESAFIOS E O PAPEL DO PROFESSOR**. Rev. Mundo Acadêmico, v. 13, n. 18, p. 6-28, 06, 2021. <https://multivix.edu.br/wp-content/uploads/2021/06/revista-mundo-academico-v13-n18-artigo01.pdf>

SANTOS, Antônio José Pimentel. DISCURSOS DA ESCOLA E CONSTITUIÇÃO DA SUBJETIVIDADE DE ESTUDANTES COM TDAH. Repositório Institucional da Ufba, Salvador, v. 1, n. 1, p. 1-112, jul. 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/18674>. Acesso em: 18 maio 2022.

Santos, Letícia de Faria e Vasconcelos, Laércia Abreu. Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em crianças: uma revisão interdisciplinar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* [online]. 2010, v. 26, n. 4 [Acessado 5 Maio 2022], pp. 717-724. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000400015>>. Epub 04 Mar 2011. ISSN 1806-3446. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000400015>.

Silva, O. C. Bertolino, L. B. S. Vietta, G. G. **Motivos envolvidos no diagnóstico presuntivo de TDAH e a sua associação com o ASRS-18 em estudantes de medicina**. Unisul, Florianópolis-SC, p. 1-12, 06, 2020.

SILVA, Soeli Batista da; DIAS, Maria Angélica Dornelles. TDAH NA ESCOLA ESTRATÉGIAS DE METODOLOGIA PARA O PROFESSOR TRABALHAR EM SALA DE AULA. **Tdah na Escola Estratégias de Metodologia Para O Professor Trabalhar em Sala de Aula**, Mato Grosso do Sul - Pelotas, v. 1, n. 1, p. 1-114, dez. 2014. Disponível em: https://web.archive.org/web/20180417030425id_/http://sinop.unemat.br/projetos/revista/index.php/eventos/article/viewFile/1582/1229. Acesso em: 18 maio 2022.

Szobot, Claudia M et al. Neuroimagem no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Brazilian Journal of Psychiatry* [online]. 2001, v. 23, suppl 1 [Acessado 5 Maio 2022], pp. 32-35. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000500010>>. Epub 18 Mar 2002. ISSN 1809-452X. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462001000500010>.

VOLKOW, Nora D. *et al.* Addiction: beyond dopamine reward circuitry. **Proceedings Of The National Academy Of Sciences**, [S.L.], v. 108, n. 37, p. 15037-15042, 14 mar. 2011. Proceedings of the National Academy of Sciences. <http://dx.doi.org/10.1073/pnas.1010654108>.

EXPRESSÕES DO SOFRIMENTO ÉTICO-POLÍTICO DA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NO BAIRRO DA LUZ

Data de aceite: 02/10/2023

Julia Stein

Isabela Dias M. de Araújo

Adriana Rodrigues Domingues

RESUMO: O artigo relata a pesquisa que surgiu a partir da atuação das autoras no projeto de extensão “Fique Vivo!”, no bairro da Luz em São Paulo/SP. A intervenção se pautava na oferta de atendimento psicológico para pessoas em situação de rua e que fazem uso de substâncias psicoativas. O objetivo foi analisar as formas de expressão do sofrimento ético-político relatadas pelas pessoas atendidas. Expresso de diferentes formas, como nas desigualdades relativas às questões de gênero, etnia, idade e classe social, o sofrimento ético-político retrata a dimensão ética da vivência cotidiana da desigualdade social. A opção por estudar a exclusão social pela via das emoções visa indicar o (des)compromisso com o sofrimento humano, tanto por parte do Estado quanto da sociedade civil e do próprio indivíduo. O método da cartografia possibilitou o mergulho em um território desconhecido e a construção do saber-fazer, a partir da intervenção realizada junto

aos participantes. Os atendimentos tinham por objetivo a escuta e o acolhimento da demanda e duravam, em média, 15 minutos. Os dados foram produzidos ao longo de 6 meses, a partir da elaboração de diários de campo contendo informações sobre a atividade e as anotações sobre os atendimentos. Para análise dos dados, foram selecionados registros de 6 participantes, sendo 4 homens cisgênero, 1 mulher cisgênero e 1 mulher transgênero. Todos os participantes eram negros, com idade aproximada de 30 anos. Os relatos identificados em diário de campo foram analisados nas seguintes categorias: humilhação social, culpa e vergonha e invisibilidade pública. Evidenciou-se a exclusão social por meio da análise das emoções, afirmando a necessidade da atuação do Estado na desconstrução da lógica que sustenta a dialética exclusão/inclusão social.

PALAVRAS-CHAVE: pessoas em situação de rua; exclusão social; sofrimento ético-político.

INTRODUÇÃO

Este artigo relata a pesquisa que surgiu a partir da imersão em campo e

atuação no projeto de extensão “Fique Vivo!”, promovendo ações de escuta e acolhimento para pessoas em situação de rua e usuárias de drogas, que vivem na região da Luz, na cidade de São Paulo/SP. Atuando como voluntárias na oferta de atendimentos psicológicos e estratégias de redução de danos, as autoras colocaram-se também como pesquisadoras, com a finalidade de analisar a produção de conhecimento que foi construída a partir dessa experiência.

O projeto de extensão “Fique Vivo!” foi desenvolvido por uma equipe de docentes e estudantes do curso de Psicologia da Universidade Presbiteriana Mackenzie, a partir de ações iniciais realizadas juntamente com outros atores sociais em torno de um projeto de moradia que preservasse os modos de vida e a memória do bairro. Em artigo anterior, apresentamos a experiência e afirmamos a necessidade de compreensão do sofrimento ético-político de quem vive em situação de rua. A circulação e intervenção em territórios vulneráveis propicia diferentes olhares sobre a cidade e aumenta a visibilidade de pessoas que vivem situações diárias de violência e humilhação (AZEVEDO, DOMINGUES e IMBRIZI, 2021).

Localizado no centro de São Paulo, o bairro da Luz é um território em conflito com importantes interesses econômicos e imobiliários. Desde a saída da rodoviária, em 1982, houve uma constante migração de pessoas da periferia para a região, ocasionando em moradias e comércios irregulares, como cortiços, mercado informal, prostituição e o comércio de drogas. A região passou a vivenciar uma crescente precarização, ocupada por uma diversidade de populações sustentadas por uma economia informal, redesenhando assim, a identidade do bairro. Atualmente, é conhecida como *Cracolândia*, em alusão ao intenso fluxo de usuários de crack, decorrente da popularização da droga em meados da década de 1990 nos bairros da Luz, Campos Elíseos e Santa Cecília (CALIL, 2015).

A complexidade do território evidencia uma situação de extrema vulnerabilidade social e desamparo dos sujeitos ali implicados. Os diferentes modos de intervenção política na região são pouco efetivos e a disputa por interesses mercadológicos inviabilizam políticas públicas que garantam os direitos sociais das pessoas em situação de rua que ali circulam.

Somente no município de São Paulo, houve um aumento de 31% de pessoas nesta situação nos últimos dois anos. Em 2019, havia 24.344 pessoas e, atualmente, há 31.884 pessoas nas ruas da cidade após a crise sanitária mundial da Covid-19. Para termos uma melhor dimensão da nova realidade paulistana, o número de pessoas em situação de rua na cidade de São Paulo é maior que o número de habitantes da maioria das cidades do Estado. Das 645 cidades paulistas, 69,6% do total têm quantidade de moradores menor do que a população em situação de rua aferida no município (CENSO ANTECIPADO, 2023).

Além da situação de rua, o sujeito é associado ao uso de drogas em uma relação de causa e efeito, como se o abuso de substâncias levasse o indivíduo à situação de rua. Porém, essa relação pode mostrar o inverso: em consequência da extrema vulnerabilidade, o sujeito em situação de rua “tem dificuldade para suportar o sofrimento físico e psicológico

sem algo que amenize a vivência da dura realidade” (DANTAS et al, 2012, p. 271). O uso de drogas pode estar vinculado às “[...] estratégias de sobrevivência que ganham importância na medida em que seus efeitos produzem sensações, não só de prazer, como de euforia e poder, mas confere alterações da percepção psíquica contra a dolorosa realidade interna e externa destas pessoas” (CARVALHO, 1999, p. 491).

Destacamos, ainda, o aumento do consumo de *crack* pelo grande potencial que oferece para a dependência química, o baixo custo quando comparado a outras substâncias que têm rápido efeito e a necessidade de repetição do uso. A droga adquire a função de preenchimento, na tentativa de suprir a falta de segurança, alimentação e afeto (TONDIN, BARROS NETA e PASSOS, 2013).

Dados que sustentam essa afirmação podem ser analisados no Censo 2021, em que 92,3% dos entrevistados informaram que desejam sair das ruas e entendem que a condição para sair da situação de vulnerabilidade é possuir emprego fixo (45,7%), seguido de moradia (23,1%). Outras respostas também foram consideradas: retornar para a casa de familiares ou resolver conflitos (8,1%) e superar a dependência de álcool e outras drogas (6,7%) (CENSO ANTECIPADO, 2023).

Como resposta à exclusão social, a gestão pública tem se utilizado de estratégias proibicionistas que visam o controle do consumo de substâncias psicoativas e a abstinência total como tratamento. Além de ter se mostrado ineficaz no controle do uso de drogas, o modelo proibicionista reproduz práticas repressivas que reforçam o estigma aos usuários de drogas, dificultando a criação de vínculo entre os dispositivos de saúde e os usuários. “[...] como forma de controle à produção, circulação e comércio de determinadas substâncias, o proibicionismo assume uma postura explicitamente repressiva e policial embasada nos princípios da Segurança Pública” (CALIL, 2015, p. 24).

O paradigma proibicionista favorece práticas tutelares, heteronômicas e violadoras de direitos amparadas no modelo médico-moral. Dessa forma, tal modelo reforça, na contramão da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e da luta antimanicomial, a internação compulsória e involuntária, além do tratamento visando a abstinência como única meta possível (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2013, p.28).

Esta pesquisa surgiu em meio a experiências de intervenção que ocorreram neste território. O objetivo foi mapear e analisar as expressões do sofrimento ético-político relatadas pelas pessoas em situação de rua que circulam pelo bairro da Luz e que foram atendidas pelo projeto “Fique Vivo!”.

Adotamos o sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética inclusão/exclusão, pois entendemos que o indivíduo sofre devido a intersubjetividades delineadas socialmente. Compreendemos que as expressões do sofrimento não podem ser entendidas como algo individual e proveniente de desajustamentos e desadaptações, mas sim, como determinações sociais. O sofrimento ético-político

[...] retrata a vivência cotidiana das questões sociais dominantes em cada época histórica, especialmente a dor que surge da situação social de ser tratado como inferior, subalterno, sem valor, apêndice inútil da sociedade. Ele revela a tonalidade ética da vivência cotidiana da desigualdade social, da negação imposta socialmente às possibilidades da maioria apropriar-se da produção material, cultural e social de sua época, de se movimentar no espaço público, e de expressar desejo e afeto (SAWAIA, 2014, p. 106).

Ao analisarmos a exclusão social pela categoria do sofrimento ético-político, potencializamos o sujeito sem retirar a responsabilidade do Estado.

Estudar exclusão pelas emoções dos que a vivem é refletir sobre o “cuidado” que o Estado tem com seus cidadãos. Elas são indicadoras do (des) compromisso com o sofrimento do homem, tanto por parte do aparelho estatal quanto da sociedade civil e do próprio indivíduo (SAWAIA, 2014, p. 101).

O sofrimento ético-político pode ser expresso de diferentes formas, como por exemplo, nas desigualdades relativas às questões de gênero, etnia, idade, classe social, deficiência física ou mental. Suas expressões perpassam a construção e estabilização do capitalismo enquanto modelo econômico vigente desde o século XX, depois da Segunda Guerra Mundial, quando o novo modelo econômico-político do Estado de Bem-Estar Social constituiu a noção de “universalidade da condição de cidadania” (SPOSATI, 1998). O modelo capitalista permitiu a alternativa da inclusão social como possibilidade de igualdade e equidade social, enquanto a sociedade designou ao Estado a responsabilidade de garantia de direitos a todos os sujeitos, sejam eles marginalizados ou não.

A inclusão social é “o processo de disciplinarização dos excluídos, portanto, um processo de controle social e manutenção da ordem na desigualdade social” (SAWAIA, 2014, p. 108), que pode ser compreendida como inclusão perversa. A ideia central da dialética exclusão/inclusão é de que a sociedade inclui o trabalhador para aliená-lo, servindo como uma estratégia de manutenção da ordem social.

A análise das formas de exclusão/inclusão não pode considerá-las como categorias em si, com qualidades específicas invariantes e independentes. É preciso entender que a dinâmica entre a exclusão e a inclusão forma um par indissociável, pois não podemos falar de inclusão sem a exclusão e vice-versa. Esta dialética demonstra a capacidade de uma sociedade existir enquanto sistema (SAWAIA, 2014).

MÉTODO

Por se tratar de uma pesquisa que se fez a partir de intervenções realizadas em um projeto de extensão, adotamos a cartografia como método de pesquisa, por esta implicar em uma orientação do pesquisador de modo não prescritivo. Ao cartografar, o pesquisador não segue objetivos pré-definidos, mas realiza uma reversão do sentido tradicional de método – “não mais um caminhar para alcançar metas pré-fixadas (metá-hódos), mas o traçar durante o caminhar, suas metas (hódos-metá)” (PASSOS e BARROS, 2009, p.17).

O “caminho metodológico” está justamente no ato de usar a experiência como um saber-fazer, ou seja, valer-se do conhecimento que surge da experiência.

A partir da imersão em campo, as pesquisadoras puderam habitar um espaço antes desconhecido e se relacionar com sujeitos que vivenciam o território diariamente e o materializam através de suas experiências. A proposta da pesquisa não se baseou, portanto, em realizar observações participantes, mas em um mergulho e contato direto com o território e com as pessoas que dele fazem parte. Para a cartografia, é necessário que o pesquisador se deixe levar pelas forças que emergem do campo para poder então traçar o que permeia o movimento constante do fenômeno em questão (BARROS e KASTRUP, 2009).

O que buscamos, em uma pesquisa cartográfica, é a dissociação do objeto investigado e do sujeito que investiga, pois não é dada apenas a possibilidade de mudar o campo, mas também de ser um agente de mudanças do sujeito enquanto pesquisador (PAULON e ROMAGNOLI, 2010). O método parte do pressuposto de que a pesquisa está em processo o tempo todo e o acompanhamento deste processo demanda atenção e cuidado constantes, além de exigir a construção coletiva do conhecimento.

A produção de dados ocorreu por meio de intervenções realizadas quinzenalmente, aos sábados, no período da manhã, ao longo de 6 meses. A proposta se baseava na oferta de um espaço de escuta e acolhimento livre de qualquer exigência e duravam, em média, 15 minutos. Os relatos dos atendimentos eram registrados em diários de campo elaborados pelas pesquisadoras.

Para fins de análise, foram considerados os registros de 6 participantes, sendo: 4 homens cisgênero: Rodrigo¹, Pedro, Jorge, Joaquim; 1 mulher cisgênero: Laura e 1 mulher transgênero: Amanda. Todos os participantes eram afrodescentes, com idade aproximada de 30 anos.

O método de análise se deu através da leitura e releitura dos diários, os quais reuniam informações objetivas, como data, atividade realizada e pessoas atendidas, além de anotações das histórias ouvidas e observações do território. A escrita do diário de campo possibilitou o retorno à experiência, para que pudéssemos falar de dentro dela e não *sobre* ela (BARROS e KASTRUP, 2009).

EXPRESSÕES DO SOFRIMENTO ÉTICO-POLÍTICO

A partir da experiência em campo, foi possível habitar o território da pesquisa atentas às expressões de sofrimento ético-político relatadas pelas pessoas atendidas. Humilhação social, culpa e vergonha e invisibilidade pública foram as expressões identificadas e que serão analisadas abaixo, a partir de trechos recolhidos nos diários de campo.

¹ Para manter o sigilo e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, utilizamo-nos de nomes fictícios.

Humilhação social

No dia em que conhecemos Amanda, estava sendo realizada a limpeza urbana, com um caminhão grande carregando água, com faxineiros da prefeitura e a polícia. O território estava caótico, com muitas pessoas andando e correndo, carregando seus pertences e com muitos policiais sendo agressivos com aqueles que resistiam para sair do local que estavam. Jogavam jatos de água fria para que os corpos deixassem o local e, se não utilizavam a água, faziam uso de cassetete e violência. Todos os policiais usavam luvas, capacete e máscaras. Outros policiais, que estavam interditando as ruas, pediram para que nós, do coletivo, nos afastássemos e disseram que não deveríamos estar ali, porque era perigoso. Nos mandaram ficar por algum tempo dentro da base policial. Dentro da base, podíamos ouvir gritos e bombas.

Quando a situação se acalmou, os policiais da base recomendaram que fôssemos pouco tempo por lá e montamos uma mesa pequena com poucos insumos e próximo à base policial. Sentíamos medo por estar ali (trechos do Diário de Campo).

Devido a implementação de uma política proibicionista, a violência policial está presente não só nos relatos dos participantes da pesquisa, como também no contexto social em que estão inseridos. Este modelo desconsidera os diferentes modos de subjetividade e criminaliza os sujeitos que fazem uso delas.

O modelo moral/criminal aborda o consumo de droga como um delito passível de encarceramento e o modelo de doença compreende essa questão (consumo e dependência) como uma patologia cujo portador deve ser tratado e reabilitado. Os modelos de tratamento baseados nessa ótica são considerados de “alta exigência”, pois nenhum tipo de consumo é tolerado e a abstinência é posta como objetivo final único, o que torna as instituições de saúde espaços pouco acolhedores para os usuários.

A criminalização e marginalização produzem sentimento de humilhação social como efeitos de um sistema capitalista, para o qual não pode existir indivíduo sem dinheiro, renda e trabalho fixo.

A humilhação social conhece, em seu mecanismo, determinações econômicas e inconscientes. Deveremos propô-la como uma modalidade de angústia disparada pelo enigma da desigualdade de classes. Como tal, trata-se de um fenômeno ao mesmo tempo psicológico e político. O humilhado atravessa uma situação de impedimento para sua humanidade, uma situação reconhecível nele mesmo - em seu corpo e gestos, em sua imaginação e em sua voz - e também reconhecível em seu mundo - em seu trabalho e em seu bairro (GONÇALVES FILHO, 1998, p. 15)

O Estado, como sistema de garantia de direitos e proteção, atua como propulsor deste sentimento à medida em que o modo de produção capitalista é excludente pela impossibilidade de universalização do emprego e pela desigualdade social como estrutural e inerente a esse sistema (SPOSATI, 1998).

Joaquim relata que ficou impedido de conseguir um trabalho devido à passagem no sistema prisional e, conseqüentemente, sem renda e na rua (trechos do

Através dos relatos obtidos, notou-se que as instituições que deveriam ofertar cuidado, acolhimento e proteção não o fazem, tornando-se assim lugares inacessíveis. Esta dinâmica exemplifica a dialética de inclusão e exclusão da população em situação de rua: está incluída no sistema pela condição de falta de moradia, ao mesmo tempo em que está excluída pela falta de acesso aos serviços que deveriam garantir sua proteção e existência.

Além dos relatos, na experiência de campo presenciamos vários tipos de violações de direitos: na criminalização dos indivíduos usuários de drogas, na violência policial presente no cotidiano e na ausência de dispositivos que efetivamente ofereçam acolhimento às necessidades básicas. A desigualdade socioeconômica se expressa no sofrimento emocional perpassado no corpo de cada um dos participantes.

A maneira como a dialética inclusão/exclusão funciona produz, por um lado, condições humilhantes que retiram do sujeito sua condição humana, por outro lado, o incluem no sistema justamente por essa condição. No modelo de sociedade capitalista, se faz necessário que um grupo social ocupe esta posição marginalizada, para que justifique a ordem instaurada - e lucrativa - de desigualdade social.

Culpa e Vergonha

Amanda relata ter vergonha de sua aparência física, magra e com uma cara de gente “seca, drogada” (trechos do Diário de Campo).

Além da marginalização e criminalização sofridas pelas pessoas em situação de rua - seja pelo uso de drogas, seja pela sua condição sócio-econômica e/ou pela sua etnia predominantemente negra - há uma cultura de culpabilização desses sujeitos pela sua própria condição. O espaço da rua se torna um confinamento social num processo arquitetado e contínuo de discriminação, da mesma forma que ocorria outrora nos manicômios, atuando sempre a serviço do modelo capitalista (GRACIANI, 1997 apud TONDIN, BARROS NETA e PASSOS, 2013).

Rodrigo pediu para nós ligarmos para a sua irmã e comunicá-la que estava vivo, porém, sentia muita vergonha de seu estado físico e mental e não gostaria que sua família soubesse que estava naquelas condições - usando drogas e em situação de rua, no fluxo da crackolândia. Relatou sentir nojo do estado em que se encontrava, que em sua casa costumava se arrumar, passar gel nos cabelos, tomar banho, ficar cheiroso e que agora não fazia mais nada disso. Olhava para suas unhas enojado, constantemente pedia desculpas por não estar de banho tomado e pelo seu rosto estar sujo (trechos do Diário de Campo).

Pedro comentou sentir-se sujo, feio, com várias cicatrizes no rosto (trechos do Diário de Campo).

Laura relatou que tinha vergonha de ligar para sua mãe e contar do estado que estava, ainda mais grávida e suja (trechos do Diário de Campo).

Os trechos acima traduzem as expressões de vergonha pelo próprio estado físico e mental, seja pela maneira com que estão vestidos, seja pela sua instabilidade emocional devido ao uso de drogas. Há fortemente a presença de sentimentos de culpa e perda da confiança em si mesmo.

Seus corpos não causam abjeção pela falta de limpeza ou pela possibilidade de transmissão de alguma doença, por exemplo, mas sim porque são ambíguos e confundem as noções de identidade, sistema e ordem e por não respeitarem fronteiras. Estão colocados à margem e por terem a qualidade da ambiguidade, expressam tanto perigo quanto poder. São “corpos abjetos”, “aquele cuja vida não é considerada legítima e, portanto, que é quase impossível de se materializar” (BUTLER apud RUI, 2012, p.11).

Invisibilidade pública

Rodrigo comentou, olhando para a rua como se estivesse muito distante, com um olhar vazio, que se ele decidisse se jogar na frente de um carro, tudo ficaria melhor e mais tranquilo. Além disso, ninguém sentiria sua falta (trechos do Diário de Campo).

A expressão do sofrimento ético-político identificada no relato acima, assim como em relatos sobre a dificuldade de criação de laços duradouros com sua família, a não existência de amizades e redes de apoio e a ausência da garantia de direitos, revelam a presença de sentimentos de não-existência, desamparo e invisibilidade.

Jorge contou que já havia perdido um exame de endoscopia, pois é exigido que o paciente leve um acompanhante. Ele havia pedido para um amigo para lhe acompanhar, mas no dia do exame o amigo não apareceu. (...) Jorge está na região da cracolândia há 4 anos. Ele disse que ficava em um abrigo da região, mas nenhum funcionário poderia o acompanhar em seus exames. Jorge começou a chorar e me agradecer pela atenção que eu estava dando, pois isso era raro (trechos do Diário de Campo).

A invisibilidade pública é um fenômeno psicossocial caracterizado pelo desaparecimento de um sujeito em meio a outros. Imposta a este grupo social, esta condição suscita “a sensação de não ser como todos os possuidores de direitos e um estado de alerta de quem quase aguarda uma repreensão ou alguma ordem”, e se expressa através de sentimentos de “desconforto, angústia e sofrimento na vida dos afetados por esse fenômeno” (NASCIMENTO, 2022, p. 151, 154-155).

Esses indivíduos fazem parte de um processo de exclusão dos seus direitos e da participação de forma justa na vida social e política da sociedade. Esse processo acaba gerando uma identidade marcada pelo sofrimento e sensação de inferioridade (NASCIMENTO, 2022, p. 151).

O sentimento de invisibilidade também foi observado na dinâmica que se estabeleceu entre pesquisadoras e pessoas atendidas. Existia uma apreensão silenciosa e um estado constante de alerta por parte das pessoas escutadas. Havia uma dificuldade de

compreensão do tipo de oferta que estava sendo feita: a escuta. A sensação de estranheza revela a falta de oportunidades para que as pessoas que habitam esse lugar possam ser escutadas e cuidadas.

A invisibilidade pública confirma a ideia de que o sofrimento ético-político não pode ser associado somente a uma necessidade física, pois “o desejo, como expressão consciente do apetite, será passional juntamente com o seu corpo e ativo juntamente com ele. Corpo e alma são ativos ou passivos juntos e por inteiro” (SAWAIA, 2014, p. 103). O sofrimento afeta tanto o corpo quanto a alma, devido ao descrédito social. O desejo de “‘ser gente’ não é apenas de igualar-se, mas de distinguir-se e ser reconhecido” (SAWAIA, 2014, p. 116).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seguindo as pistas do método da cartografia, a pesquisa nos permitiu a possibilidade de produzir novas realidades e, a partir delas, delinear os objetivos da pesquisa. Buscamos, aqui, analisar a exclusão social pela via das emoções, a partir da construção de uma disposição ética e profissional para o testemunho, a validação e a escuta das diferentes formas de expressão do sofrimento ético-político que atravessam os sujeitos em situação de rua.

Aprendemos, a partir desta experiência, que, ao introduzir a análise das emoções, introduz-se também a concepção de necessidade humana para além da necessidade biológica, superando assim, a dicotomia entre ética e necessidade.

Estudar exclusão pelas emoções dos que a vivem é refletir sobre o “cuidado” que o Estado tem com seus cidadãos. Elas são indicadoras do (des) compromisso com o sofrimento do homem, tanto por parte do aparelho estatal quanto da sociedade civil e do próprio indivíduo (SAWAIA, 2014, p. 101).

O sofrimento ético-político “situa-se em uma sociedade conflituosa, na vivência dos sujeitos no processo de luta de classes”, pois, a maneira do sistema capitalista incluir os indivíduos é perversa, utilizando-se de estratégias para “reproduzir e sustentar a servidão, a passividade, a miséria e, principalmente, a alienação do trabalhador” (BERTINI, 2014, p. 61).

Eles [indivíduos] passam a perceber que as apropriações materiais ou simbólicas os levam a ‘fazer parte’ do todo, finalmente correspondendo adequadamente ao que a sociedade cria a cada instante. Esse sistema inclui para excluir, ou seja, para manter os homens na dependência de um estado de coisas que não diz respeito à sua própria liberdade e potência, são levados a nunca alcançarem a satisfação mercadológica, pois o mercado protela a noção de perfeição. Uma inclusão que perverte, de fato, a imagem do sujeito no coletivo e a compreensão da imagem do coletivo na vivência dos indivíduos (BERTINI, 2014, p. 61-62).

Consideramos que a responsabilidade do Estado é imprescindível para que haja

um tratamento humanizado livre da reprodução de práticas tutelares, heteronômicas e violadoras dos direitos humanos, como a política proibicionista. Há a urgente necessidade de resgatar os valores éticos propostos pela Reforma Psiquiátrica Brasileira para que a inclusão social não seja um espaço de disciplinarização dos excluídos, de controle social e que não compactue com a manutenção da desigualdade social.

Enquanto o Estado não atuar enquanto agente potencializador do cuidado e da reconstrução da autonomia dos sujeitos em questão, a dialética inclusão/exclusão será componente da maneira que nós vivemos enquanto sociedade.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A.B.; DOMINGUES, A.R.; IMBRIZI, J.M. Intervenções em territórios apartados: o que a psicologia tem a ver com isso?. **Rev. psicol. polít.** São Paulo, v. 21, n. 50, p.154-167, abr. 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X202100010001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 ago. 2023.

BARROS, L.P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 52-75.

BERTINI, F.M.A. Sofrimento ético-político: uma análise do estado da arte. **Revista Psicologia & Sociedade**, 26 (n. spe. 2), p. 60-69. São Paulo, 2014.

CALIL, T. **Condições do lugar:** relações entre saúde e ambiente para pessoas que usam crack no bairro da Luz, especificamente na região denominada cracolândia. Dissertação de mestrado do Programa de Pós- Graduação Ambiente, Saúde e Sustentabilidade - Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

CARVALHO, D. B. B. O consumo de drogas por crianças e adolescentes em situação de rua no Distrito Federal: relatos de experiências vividas. In: CARVALHO, D. B. B.; SILVA, M. T. (Org.). **Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua: a experiência do PRODEQUI.** Brasília, DF: MS/COSAM, UnB/PRODEQUI; UNDCP, 1999.

CENSO ANTECIPADO pela Prefeitura de São Paulo revela que a população em situação de rua cresceu 31% nos últimos dois anos. Prefeitura de São Paulo, 2022. Disponível em: <<https://www.capital.sp.gov.br/noticia/censo-antecipado-pela-prefeitura-de-sao-paulo-revela-que-populacao-em-situacao-de-rua-cresceu-31-nos-ultimos-dois-anos>> Acesso em 23 ago. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para atuação de psicólogos(os) em políticas públicas de álcool e outras drogas.** Brasília: CFP, 2013.

DANTAS, B.; TURIBIO, M.T.; ATANES, R.; ALMEIDA, R. Políticas Públicas sobre Drogas e População de Rua: humanização ou coisificação dos sujeitos?. **Revista Gestão & Políticas Públicas**, v. 2, n. 2, 14 dez. 2012.

FILHO, J. M. G. Humilhação social: um problema político em Psicologia. **Revista de Psicologia USP**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 11-67, 1998. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/107818/106159>>. Acesso em 23 ago. 2023.

NASCIMENTO, J.C.P. A invisibilidade pública e social dos trabalhadores: uma revisão da literatura sobre trabalhos invisíveis na sociedade. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências e Educação**, 8 (12), 149–160. <https://doi.org/10.51891/rease.v8i12.8019>. Acesso em 23 ago. 2023.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 17-31.

PAULON, S.M.; ROMAGNOLI, R.C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, abr. 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 ago. 2023.

RUI, T.C. **Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack**. 2012. Tese (Doutorado) - Curso de Antropologia Social, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B.B. (org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

SPOSATI, A. **Exclusão social abaixo da linha do Equador**. Trabalho apresentado no Seminário Exclusão Social, promovido pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em 23 de abril de 1998. Disponível em: <<http://www.seuvizinhoestrageiro.ufba.br/twiki/pub/GEC/RefID/exclusao.pdf>>. Acesso em 23 ago. 2023.

TONDIN, M.C.; BARROS NETA, M.A.P.; PASSOS, L.A. Consultório de Rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. **Educ. Públ.**, Cuiabá, v. 22, p. 485-501, maio 2013. Disponível em: <http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/929/730>. Acesso em 23 ago. 2023.

INTERAÇÃO DAS DINÂMICAS PSÍQUICAS E VIRTUAIS

Data de aceite: 02/10/2023

Nilda Maria Ribeiro

Psicóloga, **graduada** pela UFMG em 1993. **Especialização** em Terapias Corporais pelo CICLO/CEAP e em psicomotricidade relacional pelo Istituto Italiano della psicologia della relazione. **Animadora** do Grupo de adultos para Processo Psicoterápico através da comunicação corporal na brincadeira espontânea. **Formadora** e supervisora de psicoterapeutas e outras atuações. **Coordenadora** do Centro de Biopsicoterapia e outros cuidados com a vida BH.

RESUMO: PROCESSO DE TRABALHO:

Ensaio teórico. Estudos de diversas abordagens psicológicas e observação social e na clínica. Tem como temática principal: Saúde mental e mídia. Processos psicoterapêuticos e sociais. **TEMA:** Focar na dinâmica psíquica do usuário das redes de relações virtuais. **OBJETIVO:** Contribuir com os debates a respeito das implicações das tecnologias informatizadas e as atuações da psicologia. **ELEMENTOS E CONTRIBUIÇÕES:** Aponto direções de como interferir na **abordagem pessoal e na abordagem social**, para favorecer o

conhecimento e a consciência de maneira a proteger as pessoas dos riscos de adoecimento e comprometimento das suas capacidades relacionais. Aponto direções das intervenções psicológicas para pensar a prática a partir dessa concepção pulsional do ser humano, proponho ampliar o conhecimento das **dinâmicas psíquicas e relacionais**, reafirmar as leis que regem a estruturação do aparelho psíquico e seu funcionamento. Enumero falhas do atendimento **das necessidades filiais** que direcionam o que se busca e o que se evita e faz buscar e permanecer nas relações virtuais. Proponho atentar para as **relações simbólicas**, supostamente atendidas virtualmente para resgatar-se naquilo em que permaneceu afetivamente refém. Considero o real adversário e o mais fácil de enfrentarmos, para **resistir às manipulações** de um interlocutor desconhecido e onipresente, é o próprio desconhecimento de si. Que ao ser capturado, sequestrado, refém das **redes virtuais** já estava refém de si mesmo, de suas fragilidades psíquicas, vazios relacionais, falta de recursos afetivos. **PALAVRAS-CHAVE:** virtual psíquico filial simbólico relacional

INTERACTION OF PSYCHIC AND VIRTUAL DYNAMICS

ABSTRACT: SUMMARY: WORK PROCESS: Theoretical essay. Studies of different psychological approaches and social and clinical observation. Its main theme is: Mental health and media. Psychotherapeutic and social processes. **THEME:** Focus on the psychic dynamics of the user of virtual relationship networks. **OBJECTIVE:** Contribute to debates regarding the implications of computerized technologies and the actions of psychology. **ELEMENTS AND CONTRIBUTIONS:** I point out directions on how to interfere in the personal approach and the social approach, to promote knowledge and awareness in order to protect people from the risks of illness and compromising their relational capabilities. I point out directions for psychological interventions to think about practice based on this instinctual conception of the human being, I propose to expand the knowledge of psychic and relational dynamics, reaffirm the laws that govern the structuring of the psychic apparatus and its functioning. I list failures in meeting filial needs that direct what is sought and what is avoided and makes people seek and remain in virtual relationships. I propose paying attention to symbolic relationships, supposedly attended virtually to rescue oneself in what has remained affectively hostage. I consider the real adversary and the easiest one for us to face, to resist the manipulations of an unknown and omnipresent interlocutor, is our own lack of knowledge of ourselves. That when he was captured, kidnapped, held hostage by virtual networks, he was already a hostage of himself, of his psychic weaknesses, relational voids, lack of affective resources. **KEYWORDS:** virtual psychic filial symbolic relational

1 | INTRODUÇÃO

Quero contribuir com os debates a respeito das **implicações das tecnologias informatizadas** e as **atuações da psicologia**. Para isso, afirmo como princípio dessa dissertação que o objeto de trabalho e estudo da **psicologia** é a vida, a qual se manifesta pelas pulsões e se constituirá como Eu corporal, a partir da estruturação do aparelho psíquico. O qual se estrutura, prioritariamente, através das relações filiais.

2 | FOCAR NA DINÂMICA PSÍQUICA DO USUÁRIO DAS REDES DE RELAÇÕES VIRTUAIS

As reflexões são fundamentais para desenvolvermos formas de proteção e resistência, desde as políticas até a técnica, seja na programação e/ou no funcionamento das ferramentas e das plataformas que suportam as **redes sociais**. Na maioria das vezes, as **análises psicológicas** utilizam a perspectiva da **tecnologia**, ou seja, a partir dos dados acumulados de cada pessoa, processos de sujeição para o consumo e outros fatores. Concordamos que o funcionamento das redes e os algoritmos são organizados por especialistas das diversas áreas, inclusive na psicologia e, portanto, nós podemos conhecer e compreender para nos defendermos.

Proponho o foco na **dinâmica psíquica do usuário no uso da tecnologia** e na atuação em suas redes de relações. Isto, não no sentido particular dos dados pessoais,

mas considero que há necessidades do próprio **desenvolvimento humano**, portanto, comum a todas as pessoas, que são utilizadas para a constituição e funcionamento das **redes virtuais**.

Tais necessidades nascem das **pulsões** – afetiva, agressiva e sexual - que se organizam nas relações íntimas e afetivas, as consideramos leis orgânicas da constituição humana. Estas leis aparecem e são contempladas pela sociedade humana de diferentes formas, em diferentes lugares e tempos históricos. Entendendo que há evoluções das relações que as sociedades estabelecem com as pulsões. Que significa que em diferentes civilizações, conforme seu percurso histórico favorece ou não a expressão, a estruturação e a identificação com cada uma das pulsões; isso conforme se organiza a vida social para estruturar, direcionar, reprimir ou ignorar a existência dessas energias.

Atualmente podemos compreender que essas necessidades, quando suficientemente atendidas, permitirão a encarnação do Ser, a estruturação psíquica e a constituição de do senso de ser si mesmo (como pessoa, sexuada e social). Na medida que ocorre a satisfação das necessidades advindas das **pulsões**, estas serão integradas - mais ou menos conscientes - e quando insatisfeitas a pessoa ficará delas refém.

Coloco como questões centrais para adentrar nessas dinâmicas:

- O que me impede de **dizer não às redes**?
- Porque não posso escolher?
- Como me percebo quando a única opção é conectar e permanecer conectado/a?

3 | PRINCÍPIOS DA CONCEPÇÃO HUMANA

Nessa concepção o ser humano é experiencial, relacional e corporal. Qualquer saída não poderá ignorar essas condições, orgânicas e pulsionais; sendo as três pulsões de vida: a afetiva, a agressiva e a sexual. É esta condição que lança o ser humano para as relações, onde *requer ser atendido e busca encontrar um sentido para suas experiências*.

Trago aqui algumas das hipóteses que defendo no livro '**O resgate da condição humana** [1]':

1. As condições das **relações concretas** definem a relação com a **realidade virtual**.
2. As necessidades filiais não atendidas na relação com o par parental são projetadas na busca da satisfação, inclusive nas **relações virtuais**.
3. Nas **relações virtuais** há um encontro imaginário (Virtual, não corpóreo nem pessoal) nas quais se busca **satisfazer as necessidades pulsionais e relacionais**.
4. As **relações virtuais** ao serem utilizadas para este fim, podem aprofundar as carências afetivas e as dificuldades no cuidado com a própria vida, deixando "reféns" dos mecanismos criados para atrair e prender a atenção do usuário.

4 | SOBRE A FILIALIDADE NO SER HUMANO

O **corpo** para tornar-se plenamente humano, depende de ser adotado afetiva e efetivamente; ou seja, o **corpo filial** apresenta suas necessidades para ser atendido na relação com os adultos que o adotaram.

Adotado significa então, que se criou uma **relação afetiva** que atende as necessidades pulsionais e relacionais, tais como: estar em contato, ser visto, ser incluído, ser envolvido, ser reconhecido, ser protegido, ser amparado, ter poder de interferir no outro, entre outras.

No entanto, nesta condição filial sempre fica algo que não é plenamente vivido e integrado, o que faz seguir em busca de atender e realizar, enquanto filho e filha, para se constituir como pessoa, sexuada e capaz de socializar.

4.1 Realidade filial do ser humano

Deter-me-ei na forma em que as motivações afetivas e simbólicas “fisgam” a pessoa, exatamente onde está refém de uma necessidade afetiva não atendida suficientemente.

O **corpo** para se tornar plenamente humano depende de ser adotado afetiva e efetivamente, assim o **corpo filial** é o que apresenta suas necessidades e é atendido na relação com os adultos que o adotaram. Adotado significa, então, construiu uma **relação afetiva** que atenda suas necessidades relacionais como: estar em contato, ser visto, incluído, envolvido, reconhecido, protegido, amparado, com poder de interferir no outro, entre outras.

Nesta condição filial, trazemos algo que não foi plenamente vivido e humanizado, o que nos faz seguir na busca de atender e realizar-se enquanto filho/a para constituir-se pessoa, sexuada e social. Faz-se necessário dar a conhecer na dinâmica pessoal, as **psicodinâmicas**, através da auto-observação e das informações da psicologia.

4.2 Atenção às necessidades filiais

É perceptível no desenvolvimento das **tecnologias** e das **redes virtuais** a utilização dessa realidade afetiva e simbólica, das necessidades relacionais pertinentes ao próprio processo de maturação do ser humano. Apontamos a presença na realidade virtual, da intenção de **promover sentimentos e sensações**, que pareça estar satisfazendo as necessidades, o que não se confirma de fato. Cria-se, assim a dependência. É neste sentido que se dá o uso dos aspectos filiais na dinâmica das redes, ao sugerir uma sociedade para atingir seus objetivos de: aumentar as interações, os conteúdos e os lucros. Descrevo alguns destas **sensações ilusórias**:

- Sentir-se numa relação, isto sem precisar comprometer-se com suas dificuldades e vazios, quando não sabe comunicar e envolver-se;
- Sentir pertencer e **participar**, o que acalma o temor de sentir ‘estar de fora’ e os

sentimentos de **abandono e exclusão**;

- Sentir-se com autoridade e competências, para isso esforça-se para chegar ao que é desafiado compensando **impotências devido à exclusões e anulações de si no cotidiano**, especialmente relacionais;
- Por não ter recursos de como se atender e cuidar, não saber o que fazer com suas **emoções**, desconfortos e vazios, mantém a atenção fora de si, abstraindo-se das **sensações**;
- Por desconhecer o cuidado e o conforto, não ter recursos de como atender e cuidar estar conectado permite **ignorar** o desconforto e sensações corporais;
- Buscar sentir-se potente, por exemplo, ao passar as fases dos jogos e das disputas, o que lhe ajuda a **suportar a impotência** frente à realização de sua vida prática e concreta, em cuidar-se e relacionar;
- Para evitar a **angústia** de não saber escolher nem decidir, deixa-se conduzir e orientar pelas indicações dos programas, **obedece** às imposições para conseguir o que se propõe; mas, poderá ter com isso sua vontade mais enfraquecida;
- Sentir que pode decidir. Já que a rapidez imposta pela forma organizada nas redes, **não demanda** pausas para pensar nem refletir antes de decidir. Não favorece o desenvolvimento da capacidade de fazer escolhas;
- Sentir-se ativo e operante na **rede compensa as dificuldades** de superar a inércia e realizar projetos concretos na **realidade cotidiana**.
- Ter a **sensação de preenchimento**, quando se vive a sensação de vazio na vida cotidiana, na relação consigo mesmo e com outras pessoas.
- Evitar a **solidão**, mantendo-se na ilusão de poder interagir, de ter poder “sobre” os outros e de participar de uma suposta rede de amigos através das plataformas, quando não se sabe relacionar. O que o deixa ainda mais inexperiente para comunicar-se nas relações pessoais.

Essas dinâmicas das sensações podem ser identificadas no **processo de filiação**: sentir-se dentro de uma relação, ser incluído, amparado, interferir no outro para ter suas fragilidades e necessidades cuidadas por ele/a, existir na vida de mais alguém e tantas outras. Estas podem ser conhecidas ao se fazer perguntas como:

- O que se evita e o que se busca a cada **interação nas redes**?
- Como essa sensação é ou não vivenciada no cotidiano?
- Consegue identificar qual **emoção** lhe mobiliza para evitar ou buscar essa experiência (sensação, satisfação) também nas relações pessoais?
- Como se sente ao resistir em ficar conectado/a?
- Há a percepção de poder ou não, escolher?
- Como se sente ao perceber quando a única opção é conectar e permanecer

conectado/a?

Essas e outras questões levarão à observação, desta à constatação da própria relação consigo: o corpo físico, fisiológico, emocional - afetivo, agressivo e sexuado. Assim como, direcionar a atenção para suas **relações e**, ainda, ampliar para a sociedade.

A partir das informações passa-se à reconstrução da relação com sua história pessoal e filial. Identifica qual relação estabeleceu com suas potências de vida, naquilo que desistiu ou encontrou vias nas quais não se pode estar por inteiro.

Sua realidade subjetiva pode ser cuidada para fazer o resgate de sua própria condição humana, nos **processos de filiação e de afirmação pessoal, sexual e social**.

Isto se dá através dos **aspectos simbólicos** nas relações. Para pensar a prática a partir dessa concepção orgânica do ser humano, proponho ampliar o conhecimento das **dinâmicas psíquicas e relacionais**, reafirmar as leis que regem a estruturação do aparelho psíquico e seu funcionamento, como observar as práticas pessoais e sociais.

4.3 Na abordagem pessoal

Na psicoterapia como processo de construção da consciência das condições humanas: **investigar as motivações** do usuário, suas experiências no uso das redes para perceber, identificar, conhecer e resgatar. **Desenvolver** meios de cuidar para capacitar a pessoa em atender-se até ser capaz de criar opções e, então escolher. Assim, **pensar o caminho** para resgatar e desenvolver a liberdade e a responsabilidade que permitirão posições de resistência e de subversão naquilo que impõe controles.

Direção das intervenções psicológicas nos aspectos pessoais:

- **Levar a atenção** para a experiência: perceber, identificar, conhecer-se, **desenvolver** meios de cuidar para capacitar a pessoa a atender-se.
- Promover **formação e informação** sobre a condição humana, pessoal e social.
- Constituir meios de tornar consciente os registros de “todas as relações já vividas”, naquilo que foi bem, mais ou menos ou não atendidas. Lidar com aspectos objetivos e simbólicos das **relações**.
- O reconhecimento de **vazio da não experimentação relacional corporal**, no que é imprescindível ao processo de humanização, em relação às três forças pulsionais: agressividade, afetividade e sexualidade.
- A identificação e compreensão da ‘**desistência existencial**’ para proteger sua vida em relações adversas à sua realidade humana. Que deixa a pessoa refém por todos os **vazios relacionais e experienciais** que advém dessa desistência.
- O resgate da relação consigo no sentir, no pensar e no agir, assim como da **condição humana pulsional, experiencial e relacional**.
- O desafio é administrar a disponibilidade pessoal para as relações virtuais. Gerir a **dependência e a autonomia**.

Compreendendo que o real adversário e o ‘mais fácil’ de enfrentarmos, para **resistir às manipulações** de um interlocutor desconhecido e onipresente, é o próprio **desconhecimento de si**. Ao ser capturado, sequestrado, fica “refém” das **redes virtuais, mas**, já estava refém de si mesmo, ou seja, de suas fragilidades psíquicas, dos vazios **relacionais** e da falta de recursos afetivos, em geral inconscientes. Portanto, faz-se necessário conhecer na dinâmica pessoal, suas **psicodinâmicas**, através da auto-observação (fenômenos e sensações) e das informações que a psicologia pode fornecer. Neste sentido entendemos que é possível desenvolver os recursos para se ter opção e construir a possibilidade de escolhas e não render às seduções e promessas apresentadas.

4.4 Na abordagem social

- **Fortalecer nas instituições**, em acordo com cada realidade, o sentido de oferecer as condições necessárias para a humanização das relações e das pessoas;
- **Conquistar** condições de organização do uso do tempo e do espaço que viabilize a dedicação às relações (da legislação ao cotidiano pessoal)
- Realizar **programas de formação e educação emocional**, que incluam a condição psíquica, orgânica e pulsional e a busca de estruturar o Eu Corporal. Para tanto, organizar uma sociedade comprometida com as necessidades humanas.

O **corpo social**, do qual somos uma célula, interfere em nós e o que fazemos emana na **sociedade**. Portanto, a sociedade é fruto da manifestação da relação com as **pulsões: agressiva, afetiva e sexual**. Faz-se necessário cuidados específicos a cada fase da vida humana. Fortalecer as instituições no sentido de dar as condições necessárias para a **humanização**.

Por exemplo a **violência** é a expressão da agressividade de forma desestruturada, não organizada nem humanizada. Neste sentido a proposta de identificar, conhecer e cuidar é também para o social; ou seja, um processo similar ao pessoal se faz necessário.

No **Brasil**, especialmente para nós, é preciso o resgate histórico de todas **relações e ações de genocídio, tortura, opressão, escravidão** e os diferentes olhares: dos **europeus** que vem por objetivos empresariais, os **africanos** raptados e escravizados e os **indígenas** violados e massacrados, estes com objetivos de sobrevivência e defesa de sua integridade física e identidade cultural, espiritual. Nós brasileiros, para constituirmos uma nação, precisamos resgatar e renovar esse olhar, fazendo o reconhecimento, reparação e redirecionamento do olhar para este país. O que podemos fazer por meio de dinâmicas de grupo, constelação sistêmica, da mudança na legislação entre outros.

- Recontar e ressignificar a história da **constituição pela violência**, superar a condição de sobreviventes e da visão empresarial para a condição de pertencentes e filhos da nação.

- Reconstituir as **relações** que reprimem a **agressividade**, a **sexualidade** e a **afetividade**. Alterar os espaços dados ao corpo, debloquear a criatividade corporal, a comunicação corporal e a relação com o próprio corpo emocional.
- Refletir sobre a **sociedade** que rege a vida pessoal familiar, pela maneira que se estrutura o tempo e o espaço, organização da vida centrada no trabalho e não no viver.
- Desenvolver formas para favorecer o **resgate da condição humana**, aprimorar as relações íntimas para se ter pessoas de tal forma humanizadas que façam questão de estabelecer uma nova estrutura e organização social. Que permitam as **relações** acontecerem como é necessário e ditado pelas leis de funcionamento psíquico humana: diminuir o sofrimento e fortalecer o bem estar, o **bem viver** e o **bem conviver**.
- Projetos para aprimorar a **maternagem** e a **paternagem**, tornando essas funções mais conhecidas. E garantir, socialmente, condições, lugar e tempo necessários para bem exercê-las.
- Reorganizar a concepção e **uso do tempo e do espaço**, mecanismos que permitam espaços de relações que **humanizam os corpos** no trabalho, na política, na educação, na saúde e outros, de forma concreta e cotidiana.
- Realizar projetos e programas de formação sobre a **condição orgânica psíquica**, na formação do Eu corporal, na comunicação emocional e aspectos simbólicos das relações.
- Realizar oficinas relacionais para explorar e desenvolver as capacidades individuais e grupais. Provocando interações que promovam o conhecimento desses processos.
- Incluir em todo processo as necessidades referentes à **humanização**, considerar essa condição humana na organização social: legislação, instituições e outros.

5 | CONCLUSÃO

Em síntese é viabilizar mecanismos para que a pessoas cheguem a fase adulta. Atualmente, a tendência é manter as **pessoas infantilizadas, inconscientes e irresponsáveis** por estarem afetivamente mal estruturados. **Adultos** poderão tornar-se cuidadores, educadores, pais e mães conscientes, afetivos e efetivos, conhecendo a dinâmica interna dessas funções. Abrir caminhos para **novas relações**, novas pessoas e uma nova sociedade as condições humanas e priorize o atendimento as necessidades humanas. Que também se beneficie pela utilização de diferentes conhecimentos e tecnologias que favorecem a evolução humana; as quais a humanidade desenvolveu em toda sua história.

REFERÊNCIAS

[1] Ribeiro, Nilda Maria - *O resgate da condição humana*. Editoração própria Belo Horizonte, 2019

[2] Ribeiro, Nilda Maria - *O resgate da condição humana*. Editoração própria Belo Horizonte, 2019

LITERATURA E PSICOLOGIA: UMA ANÁLISE PSICOLÓGICA DE SIMÃO BACAMARTE NA OBRA O ALIENISTA DE MACHADO DE ASSIS À LUZ DA PSICOLOGIA DA MOTIVAÇÃO DE PAUL DIEL

Data de aceite: 02/10/2023

Gustavo Sampaio Montes

Professor especialista na Faculdade PIO XII. Professor das disciplinas de Análise experimental do comportamento, Teorias comportamentais e Teorias da Personalidade

Priscila Xavier de Araújo

Aluna do curso de Psicologia da Faculdade PIO XII

RESUMO: Os aspectos psicológicos denominados de nervosidade e banalidade são conceitos chave na psicologia de Paul Diel, chamada de psicologia da motivação. Este artigo pretende fazer uma correlação dos principais conceitos de Paul Diel com o personagem principal do conto, “O Alienista”, de Machado de Assis. Para isso foi utilizada a análise de discurso qualitativa e pesquisa bibliográfica. A conclusão é de que Simão Bacamarte preenche os critérios necessários para encaixar-se dentro das características psicológicas de nervosidade, segundo psicologia de Paul Diel.

PALAVRAS-CHAVE: Mito, Alienista, Machado de Assis, Paul Diel, Psicologia, Nervosidade.

LITERATURE AND PSYCHOLOGY: A PSYCHOLOGICAL ANALYSIS OF SIMÃO BACAMARTE IN THE WORK O ALIENISTA BY MACHADO DE ASSIS IN THE LIGHT OF THE PSYCHOLOGY OF MOTIVATION BY PAUL DIEL

ABSTRACT: The concepts of nervousness and banality are key concepts in Paul Diel's psychology, called the psychology of motivation. This article intends to explain the main concepts of Paul Diel with the main character of the short story, O Alienista, by Machado de Assis. For this, qualitative discourse analysis was used. The conclusion is that Simão Bacamarte fulfills the necessary criteria to fit within the psychological Gording to the psychology of Paul Diel.

KEYWORDS: Myth, Alienist, Machado de Assis, Paul Diel, Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

Ao longo do artigo, serão analisados os comportamentos de Simão Bacamarte, personagem principal do conto O Alienista, sob a ótica dos conceitos da psicologia de Paul Diel, para assim, demonstrar o tipo

psicológico no qual o personagem encaixa-se e os motivos pelos quais ele é classificado de tal forma.

Ao longo do artigo será explicado mais detalhadamente a psicologia de Paul Diel, principalmente os conceitos de nervosidade e banalidade, tidos como centrais em sua corrente psicológica. Também será descrito um resumo do conto de Machado de Assis, com ênfase nos comportamentos do personagem principal da obra, Simão Bacamarte. Pretende-se, ao longo do artigo, analisar o comportamento do personagem Simão Bacamarte tendo em vista os conceitos da psicologia de Paul Diel: banalidade e nervosidade, que serão explicados ao longo do trabalho.

2 | MÉTODO

Neste trabalho, foi utilizado o método de análise de conteúdo qualitativa¹ sobre a obra de Machado de Assis intitulada *O Alienista* e o livro de Paul Diel chamado *O Simbolismo na Mitologia Grega*.

Análise de conteúdo qualitativa é uma técnica que permite, a partir de um determinado texto, seja ele documento, livros, teses etc., deduzir certas características que seus autores invariavelmente produziram, sejam elas explícitas ou implícitas ao longo da obra.

Ainda foi realizada uma pesquisa bibliográfica² com base a artigos, teses e dissertações.

Também foi feita uma pesquisa online no banco de dados gratuitos da plataforma Periódicos, CAPES, e no google acadêmico a partir das palavras “Paul Diel” e “O Alienista”. Não foi encontrado nenhum resultado na busca que relacionasse os dois autores, apesar de encontrados materiais sobre *O Alienista* e loucura de forma mais ampla, principalmente relacionadas a Michel Foucault.

3 | LITERATURA E PSICOLOGIA

Há uma forte correlação entre literatura e psicologia, na medida em que a literatura expressa as condições humanas mais diversas, como a glória, a ruína, o poder, o amor, diferentes tipos de características de personalidade como timidez, insegurança, coragem, medo, e inumeráveis vícios e virtudes que correspondem aos sentimentos e comportamentos humanos.

O trabalho publicado de Karin Barber (2007, p.103, tradução nossa)³ pela

1 A Análise de Conteúdo (AC) surgiu no início do século XX nos Estados Unidos para analisar o material jornalístico, ocorrendo um impulso entre 1940 e 1950, quando os cientistas começaram a se interessar pelos símbolos políticos, tendo este fato contribuído para seu desenvolvimento; entre 1950 e 1960 a AC estendeu-se para várias áreas. Portanto, esta técnica “existe há mais de meio século em diversos setores das ciências humanas”, sendo anterior a Análise de Discurso.

2 “A pesquisa científica é iniciada por meio da pesquisa bibliográfica, em que o pesquisador busca obras já publicadas relevantes para conhecer e analisar o tema problema da pesquisa a ser realizada.”(ANGÉLICA et al., 2021, p. 65)

3 “Texts are central to understanding what it is to be a person, in every culture. If you were brought up on modern western European literature, you will be familiar with the idea that works of literature offer a “window onto consciousness” or

universidade de Cambridge, o autor comenta:

“Os textos são fundamentais para entender o que é ser uma pessoa, em todas as culturas. Se você foi criado na literatura moderna da Europa Ocidental, estará familiarizado com a ideia de que as obras literárias oferecem uma “janela para a consciência” ou acesso privilegiado à experiência de outras pessoas.”

Este pensamento parece estar de acordo, de forma implícita e explícita, com alguns dos autores mais influentes da psicologia, que se baseiam na literatura (em forma de mitos, contos de fada e outros gêneros literários) para explicar processos psicológicos. Por exemplo, o que fez Freud com a tragédia grega de Édipo Rei, de Sófocles, ou mesmo Jung, que vê nos mitos toda sorte de descrições de tipos humanos e chega a escrever mais detidamente sobre o tema em seu livro intitulado “O Espírito na arte e na ciência” (JUNG, 1985).

No Brasil, a pesquisa bibliográfica aponta que a obra de Machado de Assis encontra-se amplamente relacionada com o pensamento de Michael Foucault, que aponta para as questões de relação de poder e saberes dos médicos em relação ao restante da sociedade e utiliza “O Alienista” como plano de fundo como exemplo da teoria Foucaultiana. (GOMES, 1994; ELAINE, 2009; MARIA et al. 2014) e até mesmo relacionada com a moral Nietzscheana. (RIBEIRO, 2014).

Apesar da produção acadêmica relacionar O Alienista com Michael Foucault, este não será o enfoque deste trabalho. Ao longo deste artigo será feita uma relação entre a obra de Machado de Assis do ponto de vista de que o autor faz uma sátira ao materialismo e o positivismo tão presentes na época em que o autor escreve seu conto.

3.1 A psicologia de Paul Diel

Os mitos para Paul Diel tratam em geral de dois aspectos da vida humana: a causa primeira da vida (o tema metafísico) e a conduta sensata de se ter na vida prática (o tema ético). Para o autor, os mitos expressam verdades psicológicas em linguagem simbólica, como o raio de Zeus que ilumina a escuridão (simboliza nossos “insights” psicológicos), por exemplo. Em sua obra, Paul Diel embasa sua psicologia como derivada das análises dos mitos gregos, para isso, realiza a exegese dos mitos tendo em vista compreender o sentido dos contos mitológicos, ou da mitologia, e extrair sentido delas.

Para o autor existem três diferentes instâncias ou fenômenos naturais sob quais os mitos foram sendo formados ao longo da história humana, tais fenômenos seriam: o cósmico, o meteorológico e o agrário. Estes fenômenos ocorrem simultaneamente no curso da história primitiva da humanidade e serão explicados abaixo.

A medida em que os seres humanos pré-históricos deixaram de ser nômades e passaram a se fixar e viver em um mesmo local, a observação da influência dos astros passou a ganhar mais importância, pois a vida passava a depender cada vez mais dos

privileged access to other people's experience.”

ciclos naturais, da época de colher, de plantar e assim por diante. Diante desta situação, os homens começaram a enxergar intencionalidade nestes fenômenos naturais, tanto para o bem como para o mal, quanto em sua ajuda, quanto para sua ruína.

De acordo com o autor:

“A alternância entre a aparição do sol e da lua era imaginada como consequência de um combate ao qual as divindades entregavam-se sem descanso a fim de ajudar ou prejudicar os homens. A estação das sementeiras que precede o inverno, bem como o início da primavera e, finalmente, todos os solstícios, eram marcados por comemorações. O nascer do dia, a chuva fecundante, eram recebidos como dádivas. O homem consagrava preces às divindades para agradecer-lhes ou implorar-lhes algo.” (DIEL, p.15)

Quando o ser humano passou a sustentar uma cultura agrária, a complexidade de seus pensamento, de suas ideias e expressões ficaram mais complexas do que na época em que Paul Diel chama de “primitivismo animista”. A imaginação humana passou a criar símbolos para explicar de modo mais preciso suas ânsias e dúvidas existenciais.

Diante da necessidade de lidar com seus sentimentos mais íntimos, Paul Diel parte do princípio de que todos os seres humanos possuem a capacidade de realizar uma observação íntima, inerente ao próprio homem. Porém, essa observação pré-consciente é muitas vezes negada, sendo um sinal de que é carregada de uma espécie de vergonha, sendo precisamente este o motivo de não se aprofundar com facilidade nesta introspecção, mesmo atualmente.

3.2 Sublimação ou recalçamento como fenômenos psíquicos

A psicologia humana pode ser derivada dessa vergonha e da atitude que se pode ter em relação a ela, que são chamadas de sublimação ou recalçamento. A primeira, de caráter positivo e a segunda, negativo. Os símbolos mitológicos esconderiam por trás de si mesmos uma análise dessa vergonha repressiva, ou de sua confissão, que seria sublimação.

Após ter passado por toda essa complexidade de aquisição de simbolização e ao progressivo ganho de consciência, o homem não pôde mais refugiar-se em seus aspectos psíquicos mais instintivos como fizera outrora, mas deveria progredir em direção a conscientização de suas motivações mais secretas. Porém, esse movimento é difícil de se fazer e o homem pode terminar por se esconder em sua afetividade e assim, achar uma justificativa meramente imaginativa de suas intenções, acabando por falsificar suas motivações mais profundas. Esse movimento possui um caráter deformador do desenvolvimento da personalidade humana, que causa uma vergonha secreta. Diante desta vergonha pode-se ter dois tipos de atitude, o recalçamento ou a espiritualização/sublimação. Nas palavras de Paul Diel a espiritualização:

[...] significa tão somente a confissão da mentira e, em consequência, sua dissolução. O caminho do recalçamento, é de longe, a reação mais frequente nos homens, pois o amor-próprio obriga cada qual a esconder suas verdadeiras motivações, frequentemente inconfessáveis, e as ornamentações

de motivações carregadas de uma sublimidade mentirosa. As consequências dessa constante preocupação extra consciente são da mais alta importância para a vida humana em geral e, conseqüentemente, para a interpretação dessa imagem da vida que é constituída pelos mitos. (DIEL, 1991, p.20).

Para o autor, as motivações falseadas irão falsear também as ações, gerando conseqüências para a vida humana. O tema dos mitos é constituído justamente desta necessidade que o homem possui de tentar vencer tais falseamentos. E o meio possível, e somente este, seria reinterpretar de forma correta as motivações que estavam sendo falseadas, ou seja, corrigi-las.

A própria natureza humana indica quando o homem está falsificando suas motivações, gerando angústia e mal-estar, ao passo que quando o homem está trilhando um caminho de reinterpretação de suas motivações, que movem os seus atos, ele funciona de forma mais harmônica e surge o deleite como conseqüência.

3.3 Nervosidade e Banalização

Tendo em vista os conceitos de recalçamento e sublimação explicados acima, Paul Diel deriva da falha em lidar com os afetos, ou seja, o recalçamento, a noção de nervosidade e banalidade.

Para o autor, existem dois principais fenômenos pelos quais a interpretação errônea das motivações básicas pode nos afetar. A nervosidade ou a banalidade. Nas palavras do autor.

A lei psíquica e sua justiça imanente impõe ao homem, para seu próprio bem essencial, orientar-se rumo ao sentido diretivo evolutivamente imanente à vida, sob pena de tornar-se vítima da desorientação vital, manifesta pela deformação psíquica sob uma de suas formas: *nervosidade* (exaltação em direção ao espírito) ou *banalização* (exaltação dos desejos materiais e sexuais). (DIEL, 1991, p.38).

Para exemplificar o que seria a nervosidade, o autor utiliza o mito de Ícaro, que ao pensar ser mais do que era, acaba por exaltar-se em direção ao espírito, achando-se digno de “estar ao lado do sol” que simboliza o sagrado e o majestoso, porém, a conseqüência desse erro psicológico é a sua queda no mar, que significa sua dissolução. Ícaro possui asas “mecânicas” feitas pelo seu pai, com cera e penas das aves coletadas por eles, ou seja, a elevação humana é limitada e possível somente até certo ponto, isso é indicado pelas asas artificiais. Ícaro quis alcançar um patamar angélico, ou semidivino, como os semideuses filhos dos deuses do Olimpo com algum mortal, ou seja, de seres que possuem asas naturais ou a potência natural de voar, que não se desfazem com a queimadura, como as suas asas mecânicas, artificiais. Ícaro, não sabendo diferenciar tal fenômeno, acaba por pensar ser digno de voar mais alto do que realmente podia, o que indica uma exaltação em relação ao espírito, e conseqüentemente e sua queda como punição de sua exaltação imaginativa.

Para explicar a banalidade, este trabalho toma como referência o mito de Midas. Tal mito foi escolhido, explica o autor, por condensar tanto a disposição luxuriosa que o banal possui, como a sua falsa ilusão de que a riqueza o protegerá de todos os males da vida. Paul Diel inicia o mito de Midas fazendo referência ao deus Dionísio, “[...]símbolo de prazer elevado ao excesso, é o que mais aprecia a farsa e o escárnio” (DIEL, p.126). Justamente por conhecer Midas, Dionísio, tendo ciência dos vícios de seu admirador, lhe concede um desejo. Midas então, pede para que tudo que toque, vire ouro, em outras palavras, pede riqueza ilimitada, pois a riqueza é o meio mais óbvio para obtenção de prazeres de todo o tipo. A realização do desejo do rei Midas já contém em si mesmo, o castigo pela tola escolha: até mesmo o pão que Midas toca para comer, vira ouro, tornando-se assim, impossível de ser ingerido. Podemos estender as consequências desde desejo imaginando que até mesmo as pessoas mais amadas pelo Rei virariam ouro quando ele as tocasse, ou seja, Midas desejou a própria privação de todo o prazer precisamente quando achava que havia o conseguido de modo ilimitado. Paul Diel comenta que o fato de Midas correr risco de morte corporal por inanição devido ao seu desejo, é símbolo da morte espiritual, devido à falta de alimento espiritual em detrimento do desejo de riqueza material ilimitada.

Midas então, percebendo a estupidez de sua escolha, se arrepende e reconhece que cometeu um erro, e, justamente por esta postura de humildade e aparente sabedoria, ganha uma chance de se redimir. Agora Midas é convocado para ser o juiz entre a arte de Pã, tocando a sua flauta e a de Apolo, dedilhando a sua lira. Pã é uma deusa ligada ao panteão de Dionísio, participando de suas orgias, já Apolo, é o deus oposto a Dionísio, representa a harmonia, a justa medida, e a ordem. Contudo, Midas é seduzido pela flauta de Pã em detrimento a lira harmônica de Apolo, mostrando mais uma vez, que no fundo não aprendeu com seu erro passado, pois não soube deduzir as implicações da sua escolha. No fundo, Midas repete a escolha pelos prazeres sensíveis em relação ao alimento espiritual, evidenciando que seu arrependimento ocorreu apenas por circunstâncias externas e acidentais e não por um arrependimento verdadeiro, sincero e interior. Após outra má escolha, Apolo lhe imputa orelhas de asno, para que seja símbolo de sua tolice. Midas então, se arrepende novamente. Contudo o que leva a arrepender-se não é a escolha de uma vida depravada em detrimento de uma vida regrada e harmônica, pautada em valores espirituais, ou seja, transcendentais, mas sim a vergonha da opinião pública, que iria ridicularizá-lo se vissem suas orelhas de asno. Midas então coloca um elmo frígio, povo que era conhecido por suas grandes orgias, ou seja, símbolo mais uma vez da depravação e da luxúria. Em outras palavras, Midas, tenta esconder seu sinal de ignorância adicionando a luxúria como solução.

Sobre a escolha de Midas, Paul Diel comenta:

“Este simbolismo (do elmo frígio) merece que nos detenhamos um instante, pois, denuncia um procedimento característico da banalização: a transformação da vergonha inibidora em bravata cínica, o contrário do

recalcamento e culpabilidade dos nervosos. Enganado pelo seu próprio estratégia, o banalizado chega assim, às custas de um agravamento de seu estado perverso, a crer-se mais esperto que seus semelhantes, a esconder sua fraqueza (orelhas de asno) pela exibição triunfante do vício (capuz frígido), exibição vaidosamente tomada por uma força, uma audácia invejável” (DIEL, 1991 p.128)

Porém, angustiado e temeroso de que alguém descubra as suas orelhas, Midas apresenta uma estratégia surpreendente, estranha, revelando o desespero de quem se mantém nesta condição psicológica de banalidade, Midas cava um buraco na areia, enfia a sua cabeça neste buraco e grita: “O rei Midas tem orelhas de asno”. Tal estratégia é o oposto da confissão libertadora e curativa de seu erro. O buraco na areia é símbolo do subconsciente, ou seja, incapaz de admitir ou confessar seu erro, Midas recalca seu segredo na esperança de que ele desapareça, porém, o recalque sempre aparece nas entrelinhas da postura do banal, fazendo seu segredo recalcado lhe escapar entre os dedos tanto mais forte a intenção de escondê-lo. Isso é simbolizado pelo final da fábula, em que um Junco, símbolo da tendencia da alma pervertida a curvar-se aos ventos de todo o tipo de opinião, cresce exatamente no local onde Midas cavou seu buraco e que espalha a todos os ventos que passam por ele o seu grande segredo para todo o mundo: “O rei Midas tem orelhas de asno”.

4 | DISCUSSÃO

4.1 O Alienista e Simão Bacamarte

O Alienista, foi publicado em 1882, no fim século XIX, um século em que o positivismo⁴ e o materialismo⁵, eram doutrinas científicas dominantes e que constituíam o “espírito” da época. Não por acaso o conto é classificado como uma obra realista, gênero literário que foi muito influenciado pelo cientificismo da época, do qual o positivismo e o materialismo citados faziam parte.

O positivismo e o materialismo não influenciaram apenas as áreas técnicas, mas também a própria cosmovisão da época e a visão mesma do homem. É possível notar também que o “caldo cultural” que influenciou a psicologia moderna, ou a inauguração da psicologia como ciência, ocorreu, não por coincidência, em 1879, apenas 3 anos antes da publicação do livro de Machado de Assis. (SCHULTZ, SYDNEY, 2015).

José Maria Machado de Assis (1839-1908) é reconhecidamente um dos maiores escritores da história da literatura brasileira. Ao longo de sua carreira como escritor, publicou vários tipos de obras, como romances, contos e poemas.

4 “Corrente filosófica de Auguste Comte (1798-1857), que surgiu como reação ao idealismo, cuja proposta é dar à filosofia um caráter distante da teologia e da metafísica, e considerar como único e verdadeira o conhecimento humano, baseando-se apenas em fatos da experiência; filosofia positiva, comtismo” (POSITIVISMO, 2023).

5 “Doutrina, teoria ou princípio segundo o qual a matéria física é a única realidade, e que por meio dela se explica a existência dos seres, processos e fenômeno” (MATERIALISMO, 2023).

A obra, *O Alienista*, dentro dos estudos literários é classificada como um conto. Foi publicado primeiramente entre os meses de outubro de 1881 e maio de 1882 em formato de capítulos em um periódico da época chamado *A Estação: Jornal ilustrado da família*. Em 1882 foi incluído pelo próprio autor na coletânea *Papéis Avulsos*, que reunia vários contos de diferentes épocas e que foram publicados em vários locais deferentes. (CRESTANI, 2011).

Vale ressaltar que Crestani (2011) coloca a sátira como elemento unificador dos vários textos escolhidos por Machado para compor *Papéis Avulsos*.

O conto se passa quando um renomado médico, e no caso dos que cuidavam da saúde mental: Alienistas, chamado Simão Bacamarte, decide deixar Portugal e mudar-se para Itaguaí, uma cidade de interior do Rio de Janeiro.

Nesta cidade o Simão recorre a câmara de vereadores, com sucesso, para abrir um local onde os que eram considerados loucos fossem internados. Este local se parece muito com o que futuramente viria a ser chamado de manicômio. Porém, na obra ganha o nome de Casa Verde.

Ao longo da história, Simão mostra-se um homem de grande rigor científico, levando até as últimas consequências tal posição a ponto de escolher sua esposa exclusivamente por critérios científicos.

Porém, ao longo da história, Bacamarte vai desenvolvendo seus conceitos sobre saúde mental e vai ficando cada vez mais sensível a qualquer comportamento que considerasse anormal. Ele interna cerca de 75% da população da cidade na Casa Verde. Contudo, após refletir e analisar os fatos, conclui de que ele mesmo não estava em posse de sua mental e que iria desenvolver um novo método de tratamento internando-se sozinho em sua Casa Verde. Chegou a falecer de modo solitário no final da história.

4.2 Simão Bacamarte, o Positivismo e a Nervosidade

Ao analisar o conteúdo da obra *O Alienista*, pode-se interpretar que Machado de Assis faz uma sátira ao positivismo através do personagem Simão Bacamarte, mostrando como na prática, seria inviável viver levando-se em conta a filosofia positivista/materialista de forma tão rigorosa.

Contudo, no livro, Simão Bacamarte agia e pensava como positivista/materialista e é através do exagero em relação a ciência e seus limites que o fenômeno da nervosidade irá se manifestar. Pode-se notar já no início do livro quando diz ao “[...] el-rei” de Portugal o motivo por não ficar no país: “— A ciência, disse ele a Sua Majestade, é o meu emprego único; Itaguaí é o meu universo”. (ASSIS, 1994).

Um pouco mais a frente, também destaca-se o seguinte trecho sobre como raciocinava Simão Bacamarte:

“Aos quarenta anos casou com D. Evarista da Costa e Mascarenhas, senhora de vinte e cinco anos, viúva de um juiz de fora, e não bonita nem simpática. Um dos tios dele, caçador de pacas perante o Eterno, e não menos franco,

admirou-se de semelhante escolha e disse-lho. Simão Bacamarte explicou-lhe que D. Evarista reunia condições fisiológicas e anatômicas de primeira ordem, digeriria com facilidade, dormia regularmente, tinha bom pulso, e excelente vista; estava assim apta para dar-lhe filhos robustos, sãos e inteligentes. Se além dessas prendas,—únicas dignas da preocupação de um sábio, D. Evarista era mal composta de feições, longe de lastimá-lo, agradecia-o a Deus, porquanto não corria o risco de preterir os interesses da ciência na contemplação exclusiva, miúda e vulgar da consorte.” (ASSIS, 1994, p.1 e 2)

Ou seja, fica claro que a motivação do personagem principal para casar-se era baseado exclusivamente em critérios científicos, no caso, por critérios objetivos de procriação, preterindo de qualquer outro princípio motivador, por mais humano e não científico que fosse, como uma personalidade agradável ou pela beleza. Tal exaltação do método científico da época e a forma exagerada como ele se utiliza da ciência também mostra como Simão estava agindo em conformidade dos princípios de nervosidade, de Paul Diel. Com toda sua ironia, no parágrafo seguinte ao da escolha de Simão por sua esposa, Machado diz que Dona Evarista era infértil, demonstrando assim, a imprevisibilidade da vida humana que nenhuma ciência consegue proporcionar e que Simão perseguia tanto.

Ao longo da jornada do personagem no conto, Simão apresenta comportamentos cada vez mais exagerados sobre seus critérios para internação das pessoas na Casa Verde. Exemplo disso, foi quando conversou com o barbeiro da cidade, Crispim Soares, sobre o costume de um outro cidadão, Machado diz que “Uma volúpia científica alumiu os olhos de Simão Bacamarte”. (ASSIS, 1994, p.13).

No final do conto, Simão Bacamarte apresenta uma fala essencial para mostrar como seu mundo e suas decisões eram pautadas apenas por razões científicas de modo exaltado e inflado, características próprias da nervosidade, quando decide internar-se na Casa Verde dizendo à sua esposa e ao padre da cidade: “—A questão é científica, dizia ele; trata-se de uma doutrina nova, cujo primeiro exemplo sou eu. Reúno em mim mesmo a teoria e a prática.” (ASSIS, 1994, p. 35).

Após este episódio, Machado narra como foi o fim de Simão na Casa Verde e a questão científica continua a ser um papel relevante, “Fechada a porta da Casa Verde, entregou-se ao estudo e à cura de si mesmo.” (Assis, 1994, p.36)

5 | CONCLUSÃO

A noção de que era um grande médico e de que estava fazendo algo único e especial é característico do processo psicológico de nervosidade. Dizer que reúne em si mesmo a teoria e a prática também é um indicativo de exaltação imaginativa, que é um traço associado ao conceito de nervosidade, bem como sua consequência mais trágica, internar-se com a intensão de ser o remédio para si mesmo e terminar falecendo por conta de tal ideia.

Se no mito de Ícaro, o personagem voa mais alto do que poderia devido a sua

exaltação imaginativa e depois cai no mar, Simão Bacamarte ao dizer reunir em si mesmo toda teoria e a prática e internar 75% da população de Itaguaí, também faz o seu voo de Ícaro, e assim como ele, termina por cair.

Um destino trágico, característico dos personagens da mitologia grega que são tomados pela nervosidade na análise de Paul Diel.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M.de. **O Alienista**. Obra Completa. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, v. II 1994. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/bv000231.pdf>> acesso em 27/07/2023

AZEVEDO, E. F. M. F. e “**O Alienista**” de Machado de Assis. Disponível em:< <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/colecao.php?strSecao=resultado&nrSeq=14286@1>>Acessado em 26/07/2023.

BARBER, K. Text and personhood. In: _____ The Anthropology of Texts, Persons and Publics, New Departures in **Anthropology**, Cambridge: Cambridge University Press. 2007 p.103 -136.

ANGÉLICA, S.de S., et. al. **Cadernos da Fucamp**, v.20, n.43, p.64-83/2021

CRESTANI, J. Luís. **Machado de Assis e o processo de criação literária**: estudo comparativo das narrativas publicadas na Estação (1879- 1884), na Gazeta de Notícias (1881-1884) e nas coletâneas Papéis avulsos (1882) e Histórias sem data (1884). 2011. 2 v. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2011. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/103629>>. Acessado em 27/07/2023

MARCO, A. S. R. **Era o Alienista um alienado: a dissolução do limite entre a loucura e a sanidade na obra O Alienista de Machado de Assis a partir da perspectiva Nitzcheniana sobre a moral**. Kínesis, Vol. VI, nº 11, 61 Julho 2014, p. 60-70

DIEL, P. **O simbolismo na mitologia grega**. 1ª edição brasileira. São Paulo: Attar Editorial, 1991.

GOMES, R. **O Alienista: loucura, poder e ciência**. Tempo Social; Rev. Sociol. USP, S. Paulo, 5(1-2): 145-160, 1993 (editado em nov. 1994).

JUNG , C. G. **Espírito na Arte e na Ciência**. Petrópolis: Vozes, 1985.

MARIA, V. A. et al. **A razão e a loucura na literatura: um estudo sobre o alienista, de Machado de Assis**. Revista Psicologia e Saúde, v. 6, n., p. 37-47, 1, jan. /jun. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2014000100006>. Acesso em: 24/07/2023

MATERIALISMO. In: **MATERIALISMO**, Dicionário Online de Português. Michaelis, 2023. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/busca?r=0&f=0&t=0&palavra=materialismo>>. Acesso em: 26/07/2023.

POSITIVISMO. In: **POSITIVISMO**, Dicionário Online de Português. Michaelis, 2023. Disponível em: <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/positivismo>>. Acesso em: 26/07/2023.

SCHULTZ. P.S; SYDNEY. E.S. **História da Psicologia Moderna**. 10 edição, CENGAGE Learning, 2015

MEDIAÇÕES DO PSICÓLOGO COM A CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: À LUZ DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

Data de aceite: 02/10/2023

Caroline Andrea Pottker

Professora Doutora do Curso de Psicologia do CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ. Maringá-PR

Gustavo Dutra Zani Da Silva Souza

Discente do curso de graduação em Psicologia do CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ. Maringá-PR

Marceli Gonçalves Teixeira Correa

Discente do curso de graduação em Psicologia do CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ. Maringá-PR

Nathan Da Silveira Bertonecelo

Discente do curso de graduação em Psicologia do CENTRO UNIVERSITÁRIO INGÁ. Maringá-PR

criada pela humanidade, assim por meio das mediações sociais que o indivíduo desenvolve suas funções psicológicas superiores. A questão social é determinante para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores e, justamente, é a área de desenvolvimento com maior comprometimento de crianças com TEA. O psicólogo através das mediações nas intervenções pode conseguir atingir a potencialidade de cada indivíduo, reforçando o aprendizado e conseqüentemente, o desenvolvimento. Criando outros dispositivos de reorganização cultural e com isso, que o aluno se aproprie do legado historicamente produzido.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do Espectro Autista; Psicólogo; Psicologia Histórico-Cultural.

RESUMO: Este trabalho é resultado de uma revisão bibliográfica, que teve como objetivo discutir possíveis mediações do psicólogo no desenvolvimento das funções psicológicas superiores em crianças com Transtorno do Espectro Autista à luz da Psicologia Histórico-cultural. Para esta teoria, o homem é um ser de natureza social, e tudo o que ele tem de humano provém da sua vida em sociedade, do seio da cultura

MEDIAÇÕES DO PSICÓLOGO COM A CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: À LUZ DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL

ABSTRACT: This work is the result of a bibliographical review, whose objective is to discuss the possible mediations of psychologists in the development of higher psychological functions in children with

Autism Spectrum Disorder in the light of Historical-cultural Psychology. According to this theory, the man is a being of a social nature, and everything that the human element provides from his life in society, under the culture created by humanity, as well as by means of social mediations that the individual develops his superior psychological functions. This social question is determinant for the development of higher psychological functions and, precisely, it is the area of development with the greatest compromise of children with ASD. The psychologist through mediations and interventions can reach the potential of each individual, reinforcing or learning and consequently, or development. Creating other devices of cultural reorganization and with it, that or some appropriate the historically produced legacy.

KEYWORDS: Autism Spectrum Disorder; Psychologist; Historical-Cultural Psychology.

1 | INTRODUÇÃO

Atualmente o Transtorno do Espectro Autista (TEA) tem sido divulgado e discutido em séries, filmes, noticiários e trabalhos científicos com um cunho inclusivo e educacional. Contudo, segundo Stepanha (2017) e Silva (2019) existem poucos estudos explanando mais especificamente sobre o desenvolvimento psíquico destes sujeitos. Com esta constatação, pretendemos neste estudo, discutir possíveis mediações do psicólogo no desenvolvimento das funções psicológicas superiores (FPS) em crianças com Transtorno do Espectro Autista à luz da Psicologia Histórico-cultural.

A abordagem da Psicologia Histórico-cultural pautada em autores como Lev S. Vygotski (1896-1934), Alexander R. Luria (1902-1977) e Alexei Leontiev (1903-1979), destacam que as relações sociais, culturais e históricas são essenciais para que o sujeito se desenvolva e tenha uma aprendizagem significativa.

Para Leontiev (1978), são as aquisições de conhecimentos elaborados ao longo da história e a capacidade de fazer uso de instrumentos que caracterizam o nível de desenvolvimento psicológico do indivíduo. O processo de aquisição de instrumentos humanos e a habilidade de organizar o próprio comportamento são os indicativos do nível cultural do indivíduo. Desta forma, o desenvolvimento das funções psicológicas superiores (memória, atenção, linguagem, etc.) e a aquisição de instrumentos culturais superam as limitações biológicas à medida que são substituídos os métodos primitivos de atuar na realidade e desenvolvidos outros mais eficientes, originários do processo de evolução histórica.

De acordo com Stepanha (2017) é imprescindível que se desenvolvam os signos e a linguagem de sua cultura para que ocorra a aprendizagem e desenvolvimento das FPS, elas atuam como instrumentos e dão um sentido para as vivências do homem, assim como permite que o homem planeje e controle os seus próprios pensamentos e modifique seu comportamento, sendo assim, a contextualização do conhecimento apreendido e sua formação são elaborados de forma social, complexa e dinâmica.

Como vimos sendo defendido pela corrente teórica abordada neste estudo, a questão social é determinante para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores

e, justamente, é a área de desenvolvimento com maior comprometimento de crianças com TEA.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais- DSM-5 da *American Psychiatric Association* – APA (2014), o Transtorno do Espectro Autista – TEA como aquele “caracterizado por déficits em dois domínios centrais: 1) déficit na comunicação social e interação social e 2) padrões repetitivos e restritos de comportamento, interesses e atividades” (p. 853). Que se manifesta nos primeiros anos de vida da criança, frisando a importância de cada vez mais, um diagnóstico precoce e o início das intervenções para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores.

Para Vigotski (1984), a aprendizagem é de cunho social, ou seja, o desenvolvimento das funções psicológicas superiores ocorre por meio das relações sociais que o indivíduo tem com professores, pais, psicólogos e demais profissionais que atuam buscando a superação das limitações biológicas do TEA.

Para alcançar o objetivo proposto, foram realizadas pesquisas nos periódicos nacionais e internacionais indexados nas bases de dados Scielo, Lilacs, EBSCO, PePSIC, PubMed e Google Acadêmico. Foram utilizadas as palavras-chaves: TEA; PHC; transtorno do espectro autista; psicologia histórico-cultural; processos psicológicos superiores; os idiomas de busca foram inglês, português e espanhol. Considerou-se artigos e teses de caráter científico publicados entre 2009 e 2022. Foram encontradas duas teses científicas específicas sobre o tema e dez artigos científicos não específicos. Sendo escolhidos, lidos e selecionados de acordo com o objetivo proposto no presente trabalho.

2 | ENTENDENDO O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Houve um aumento significativo, durante as últimas três décadas no número de crianças diagnosticadas com transtorno do espectro autista em todo o mundo. O transtorno do Espectro autista (TEA) possui fatores genéticos, ambientais e manifestações orgânicas, que podem iniciar na mais tenra idade, podendo se agravar com o passar do tempo. Por conseguinte, este Transtorno é caracterizado por movimentos estereotipados, ausência ou não da fala, em alguns casos hipersensibilidade (sonora, visual, tátil) e convulsões, agressividade, ausência de socialização e empatia (OLIVEIRA; SERTIÉ, 2017).

Desse modo, a criança com TEA apresenta sintomas desde os seis meses de vida, como apontam Oliveira e Sertié (2017) podendo se agravar com o passar do tempo, mas o diagnóstico conclusivo ocorrerá a partir dos três anos, pois esta fase caracteriza-se pelo atraso no desenvolvimento correspondente a idade da criança.

“O atraso para adquirir o sorriso social, demonstrar interesse em objetos sorrindo para eles e movimentando o corpinho em detrimento a desinteresse ou pouco interesse pela face humana, o olhar não sustentado ou ausente, a preferência por dormir sozinho no berço e demonstrar irritabilidade quando ninado no colo.” (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA).

Como citado acima o TEA é um transtorno que pode desencadear intensos déficits comunicativos, levando-as a um processo de afastamento social por não conseguirem se expressar. Diante disso, alguns comportamentos como gritos, choro sem causalidade identificada, autoestimulação e utilização do corpo do outro para alcançar seu objetivo, são estratégias usadas pelas crianças com autismo. Outrossim, em alguns casos crianças com TEA demonstram comportamentos agressivos quando contrariadas e/ou tiradas da rotina estabelecida (FITZPATRICK, et. al, 2016).

Sendo assim, o TEA pode estar ligado a várias causas, uma delas é o comprometimento do desenvolvimento normal das competências cognitivas responsáveis pela parte das relações sociais, e isto porque tais causas levam à disfuncionalidade certos sistemas cerebrais, ou, sistemas cerebrais específicos, resultando na alteração de uma área, ou áreas, do funcionamento cognitivo/afetivo, referida como “padrão final comum”.

As atipicidades comportamentais na criança dentro do espectro estão relacionadas com o desenvolvimento atípico das funções psicológicas (CASTRO, 2017). É notável uma dificuldade e atrasos no desenvolvimento de habilidades motoras, e uma grande parte dessas crianças vivenciam déficits em ressonância motora, que é definido pelos autores como mecanismos neurais de espelhamento ativados quando as ações dos outros são observadas.

Belmonte et al. (2013) sugerem que em uma parte das crianças com TEA, a ausência de fala pode ser resultado de problemas motores e orais motores. Sendo assim, as dificuldades motoras em indivíduos com este transtorno podem impactar o desenvolvimento de habilidades de comunicação mais básicas, prejudicando o desenvolvimento da linguagem de forma geral, bem como, do pensamento. Podemos compreender isto melhor, no próximo item.

3 | A PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL E AS FUNÇÕES PSICOLÓGICAS SUPERIORES

Quando pensamos no processo de desenvolvimento da criança com TEA e os estudos Vygotskianos compreendemos como é necessário entender o homem primeiro no seu contexto sociocultural, para então entendê-lo de modo singular (POTTKER, 2012). O homem é um ser de natureza social, e tudo o que ele tem de humano provém da sua vida em sociedade, do seio da cultura criada pela humanidade (LEONTIEV, 1978). Embasados nestas afirmações, nos questionamos, como a criança com TEA vai desenvolver suas funções psicológicas superiores?

O desenvolvimento das funções psicológicas superiores tem início desde a tenra infância. O desenvolvimento psicológico está atrelado ao desenvolvimento orgânico e ao sócio-histórico. Não é fato que, os autores soviéticos não reconhecem o desenvolvimento orgânico e biológico, apenas ele não atribui exclusivamente a estes fatores uma predominância para o desenvolvimento psíquico humano. A esse respeito, Vigotski (2007)

afirma que no processo de constituição humana duas linhas de desenvolvimento se diferenciam quanto à origem, mas se entrelaçam na história do indivíduo: “de um lado os processos elementares, que são de origem biológica; do outro, as funções psicológicas superiores de origem sociocultural” (p.52).

Dessa forma, Vygotsky (1995, p. 39) explica que “na filogênese, o sistema da atividade do homem está determinado pelo desenvolvimento dos órgãos bem naturais, bem artificiais. Na ontogênese, o sistema da atividade da criança está determinado simultaneamente tanto por um como pelo outro”. Para Vigotski (1984), as funções psicológicas superiores são de origem sociocultural e emergem dos processos psicológicos elementares, que são de origem biológica (estruturas orgânicas). Compreende o russo que a complexa estrutura humana deriva do processo de desenvolvimento enraizado nas relações entre história individual e história social. De acordo com o autor russo, todas as funções psicológicas superiores – tais como abstração, memória lógica, atenção concentrada e outras funções – caracterizam-se pela utilização de mediadores, por se desenvolverem coletivamente e por serem voluntárias.

A formação das funções psicológicas superiores é decorrente do caráter mediatizado da atividade humana, e amplia as possibilidades de compreensão e intervenção dos homens sobre a realidade. O movimento de internalização dos significados e atribuição do sentido aos objetos pelo homem é decorrente da vida em sociedade, das relações intercrianças. Assim, o desenvolvimento das funções psicológicas superiores está sujeito à evolução da cultura humana e muda em função das transformações histórico-sociais.

Desta forma, as funções psicológicas superiores são organizadas em sistemas funcionais, cuja finalidade é organizar adequadamente a vida mental de um indivíduo em seu meio. As funções psicológicas citadas anteriormente (atenção, memória, etc.) estão todas inter-relacionadas, ao passo que, ao se explicar a memória, relaciona-se esta à atenção, e assim por diante. Segundo Vigotski (1984), o que modifica as funções, no movimento da internalização e apropriação das ações e dos objetos, são as relações entre elas.

As características acima citadas concomitantemente com a vida social do ser humano é o que desenvolve as funções psicológicas superiores citadas por Vygotski, é necessário que sua estrutura física biológica esteja íntegra, mas sem o contexto social, ele jamais se desenvolveria da mesma forma. Quando ele aprende e domina atividades culturalmente desenvolvidas, como as formas de expressão, de comunicação, produção, instrumentos, os signos, entre outras, se desenvolvem as FPS.

Para Vygotsky (1995), os instrumentos são meios que servem para dominar os processos da natureza, ou seja, são meios de que o homem lança mão para realizar sua atividade externa. Os instrumentos constituem um produto da evolução histórica da humanidade, enquanto os signos são todo estímulo condicionado criado artificialmente pelo homem que constitui um meio para dominar o comportamento – em outras palavras, são meios artificiais produzidos pelo homem na situação psicológica que cumprem a função de

auto-regulação, de controle do comportamento do homem.

Partindo disso, Vygotsky (1995) buscou compreender de que maneira os instrumentos e signos estão mutuamente ligados quanto ao seu emprego, ainda que separados no desenvolvimento cultural da criança, admitindo para isso as três teses seguintes: a primeira tese explica a similaridade entre os instrumentos e signos, pois ambos têm atividade mediadora da ação humana; na segunda tese, são apontadas as divergências: o instrumento é um meio de atividade externo do homem, orientado a modificar a natureza, logo os signos são um meio para sua atividade interior, dirigida a dominar o próprio ser humano; a terceira tese mostra a relação entre ambos, pois o desenvolvimento da natureza e o domínio da conduta estão reciprocamente relacionados, como a transformação da natureza pelo homem implica a transformação também de sua própria natureza.

Como esclarece Vygotsky (1995), o uso de meios artificiais, isto é, a transição para a atividade mediada, muda todas as operações psicológicas, assim como o uso de instrumentos amplia de forma ilimitada a gama de atividades em cujo interior as novas funções psicológicas superiores podem operar. Com isso, constata-se que a mediação permite que se desenvolvam as funções psicológicas superiores (memória, atenção, pensamento, imaginação); assim, para os estudos desses processos.

Assim, entendemos que as funções psicológicas superiores a serem desenvolvidas por meio mediação cultural compreendem:

[...] Controle consciente do comportamento, atenção e memória voluntária, memorização ativa, pensamento abstrato, raciocínio dedutivo e capacidade de planejamento. Esses mecanismos intencionais, ações conscientes controladas e processos voluntários possibilitam ao sujeito a internalização dos conhecimentos apropriados a partir da realidade objetiva. (STEPANHA, 2017, p. 90).

Para o mesmo autor, o desenvolvimento da linguagem é o que modula a hereditariedade dos conhecimentos culturais, portanto, é de suma importância para o desenvolvimento de todas as FPS. Pois, é pela linguagem que se desenvolvem o controle consciente dos pensamentos, que posteriormente modulam e modificam a percepção da realidade e os comportamentos do indivíduo, em conjunto com os instrumentos e materiais produzidos socialmente e historicamente. A percepção da sociedade sobre o indivíduo e o mundo é internalizada pelo próprio indivíduo, dando significado a ele sobre seu comportamento e o mundo, enquanto ele também modifica o ambiente e a sociedade, é afetado diretamente pelos mesmos.

Descrito desta forma o desenvolvimento do ser humano, fica claro como ele é dependente do contexto social para se hominizar, para aprender e se desenvolver para ser homem, tornar-se o que conhecemos, com todo seu aparato psicológico adaptativo, que convive em sociedade e se encaixa nos padrões necessários como na educação e no trabalho. A seguir, vamos compreender como desenvolver as FPS com a mediação social

do psicólogo.

4 | A MEDIAÇÃO DO PSICÓLOGO E A CRIANÇA COM TEA

Para o desenvolvimento das funções psicológicas superiores (memória, atenção, pensamento, imaginação) é fundamental a mediação social; assim, para os estudos desses processos, Vigotski salienta a importância de se compreender o método instrumental.

Vygotsky & Luria (1996) defendem que o desenvolvimento da criança pode ser avaliado pela capacidade de utilizar suas funções biológicas e empregar funcionalmente os signos culturais. Assim, para a criança dominar seu comportamento utiliza-se de instrumentos criados pelo homem, os quais dão condições para o surgimento das funções psicológicas superiores. O método instrumental pode ser muito útil para o estudo das funções psicológicas superiores, pois significa aplicar as categorias do desenvolvimento à investigação dos fenômenos. A partir do método instrumental, a avaliação daqueles conhecimentos que estão no nível de desenvolvimento próximo é fundamental.

Neste sentido, Vigotski (1995, p. 100) afirma:

A criança se equipa e se reequipa ao longo do seu processo evolutivo com os mais diversos instrumentos; aquela que pertence ao nível superior se diferencia, entre outras coisas, daquela que pertence ao nível inferior pelo nível e pelo tipo de instrumental, isto é, pelo grau de domínio do próprio comportamento. [...] a diferença nos tipos de desenvolvimento infantil está estreitamente vinculada com as características do desenvolvimento instrumental.

Segundo Facci, Eidt e Tuleski (2006), é fundamental, nesse método, o psicólogo investigar os momentos iniciais do desenvolvimento das funções psicológicas superiores numa perspectiva histórica, pois essas funções foram constituídas por diversos processos elementares e primários do comportamento. As mesmas autoras evidenciam que o principal aspecto do método psicológico de análise proposto por Vigotski é estudar a totalidade, as propriedades e funções das partes que a integram, não como somatória, mas a partir das propriedades particulares que a determinam e que se relacionam.

No caso da criança com TEA, Castro (2017), complementa que é necessário investigar em uma avaliação psicológica como a criança com este transtorno está recebendo, processando, analisando e realizando sínteses da linguagem, por quais caminhos neuropsicológicos consegue efetuar esses processos e no caso de dificuldades nesses fatores, o psicólogo pode planejar como a intervenção poderia promover seu desenvolvimento e por quais caminhos compensatórios eles poderiam ser forjados.

De acordo com Castro (2017), os casos diagnosticados de TEA e suas derivadas condições na fala estão relacionadas ao funcionamento diferente de outros recursos do desenvolvimento, como habilidades motoras, inclusive as responsáveis por aprender por imitação, ocorrendo neste caso eventos em cadeia que prejudicam o desenvolvimento da

linguagem que alteram o comportamento, sociabilidade e aptidões como um todo. Além da condição de desenvolvimento motora afetar a forma como ela se relaciona com as outras crianças e conseqüentemente como aprende e se desenvolve, um processo de relação mútua que ambos se modificam, o papel das outras crianças perante o estímulo para ela é de suma importância, pois a falta do estímulo das crianças ao redor para o aprendizado atrasa o desenvolvimento.

Vimos que algumas situações de tarefas cognitivas os indivíduos considerados típicos têm maior dificuldade, como na avaliação de semelhanças entre alguns objetos e formação de padrões, a hipótese que explica este estudo se situa na maior facilidade de entender a estrutura linguística das crianças com TEA (Castro, 2017). Entretanto, uma maior dificuldade nos aspectos abstratos como “pistas sociais” e figuras de linguagem, entre outras diferenças como na própria motivação da fala, de caráter menos social e mais instrutivo para si mesmas.

Todavia como destaca Goês (2013), o brincar traz funções de desenvolvimento muito importantes a criança com TEA, pois é a partir dele que reelabora as formas humanas de agir com objetos e de interagir com outros a partir de suas condições concretas de vida, porém criando novas realidades. Ademais, ao brincar, ela se envolve em regras de comportamento e valores sociais, com os quais muitas vezes não conseguiria operar fora dessa atividade.

Para Castro (2017), há vários tipos de intervenções que o psicólogo pode estar podem ser realizadas com o propósito de ajudar no desenvolvimento e diminuir os prejuízos da falta de habilidade psicomotora, dentre eles englobam um ambiente social com mais comunicação, mais atenção e desenvolvimento das habilidades relacionadas à condição de aprendizado da linguagem, sendo estas principalmente as funções motoras e o repertório projetado pelos responsáveis pela criança em desenvolvimento. Sendo assim, fica claro que apesar de existirem dificuldades orgânicas que torna o desenvolvimento das crianças diferentes e por vezes, mais demorado, ele pode ser suplantado pela plasticidade do sistema nervoso e aprendizado social, de forma que o caminho do desenvolvimento seja menos prejudicado.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a pesquisa bibliográfica que teve como objetivo discutir possíveis mediações do psicólogo no desenvolvimento das funções psicológicas superiores em crianças com Transtorno do Espectro Autista à luz da Psicologia Histórico-cultural, podemos compreender a importância das mediações sociais no desenvolvimento de tais funções, por parte do psicólogo no atendimento a criança com TEA, as quais contribuem para o desenvolvimento psíquico. Contudo, pesquisas como de Stephana (2017) mostram que há muitos obstáculos para atingir o máximo de potencialidades, no caso de crianças com TEA, devido à falta de

compreensão do conceito do transtorno e a reprodução de metodologias que não levam o aluno ao desenvolvimento pleno das funções psicológicas superiores.

Para tanto, defendemos a importância da boa formação do psicólogo enquanto no papel de mediador para o desenvolvimento da criança com TEA, com base da perspectiva da Psicologia Histórico-Cultural, buscando ir além dos limites intelectuais e/ou sensoriais impostos pela deficiência, para que o aparato biológico humano crie outros dispositivos de reorganização cultural e assim o aluno se aproprie do legado historicamente produzido.

Portanto, esta pesquisa permite questionar não somente como o autista se relaciona com o outro, mas como o outro se relaciona com o autista e, desse modo, questionar a mediação voltadas ao atendimento por parte do psicólogo a estas crianças.

REFERÊNCIAS

Almeida, F. A. (2021). *Autismo: Avanços e Desafios* (1st ed., Vol. 1, 250p). Guarujá: Editora **Científica Digital**. DOI 10.37885/978-65-5360-008-9.

American Psychiatric Association (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Belmonte, M. K., Saxena-Chandhok, T., Cherian, R., Muneer, R., George, L., & Karanth, P. (2013). Oral motor deficits in speech-impaired children with autism. **Frontiers in Integrative Neuroscience**, 7, 47. DOI 10.3389/fnint.2013.00047.

Castro, F.S. **Desenvolvimento da linguagem em crianças com autismo**: contribuições a partir da perspectiva da histórico-cultural. 176p. Dissertação. Universidade Estadual de Maringá – PR.2017

Facci, M. G. D., Eidt, N. M. E Tuleski, S. C. Contribuições da teoria histórico-cultural para o processo de avaliação psicoeducacional. **Psicologia USP**, mar. vol.17, no. 1, p.99-124, 2006.

Fitzpatrick, Sarah E. e col. **Agressão no transtorno do espectro do autismo: apresentação e opções de tratamento**. Review Neuropsychiatric Disease and Treatment, 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4922773/>> Acesso: 14 de março de 2019.

Leontiev, A. N. (1978). **O desenvolvimento do psiquismo**. Lisboa, Livros Horizonte.

Oliveira, K. G.; Sertié, A. L. **Transtornos do espectro autista: um guia atualizado para aconselhamento genético**. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/eins/v15n2/pt_1679-4508-eins-15-02-0233.pdf Acesso: 15 de janeiro de 2019.

Martins, A.D.F. Góes, M.C.R. Um estudo sobre o brincar de crianças autistas na perspectiva histórico-cultural. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, SP. Volume 17, Número 1, Janeiro/Junho de 2013: 25-34.

Silva, H. M. M. (2019). **Autismo, formação de conceitos e constituição da personalidade: uma perspectiva histórico-cultural** (Tese de doutorado, Universidade de São Paulo). Recuperado de <https://doi.org/10.11606/D.48.2019.tde-23052019-170744>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Triagem precoce para o autismo/ Transtorno do Espectro Autista**. Nº 1, Rio de Janeiro, 2017.

Stepanha, K. A. O. (2017). **A apropriação docente do conceito de Autismo e o desenvolvimento das funções psicológicas superiores**: uma análise na perspectiva da psicologia histórico-cultural (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual do Oeste do Paraná – UNIOESTE). Recuperado de <https://tede.unioeste.br/handle/tede/3363>.

Vygotsky, L. S. (1984). **A Formação Social da Mente**. São Paulo: Martins Fontes.

Vygotsky, L. S. (1995). **Obras escogidas III**. Problemas del desarrollo de la psique. Madrid: Visor.

Vygotsky, L. S., & Luria, A. R. (1996). **Estudos sobre a história do comportamento**: símios, homem primitivo e criança. Porto Alegre: Artes Médicas.

MULHERES NA LINHA DE FRENTE DA COVID-19: IMPACTOS À SAÚDE MENTAL E SUBJETIVIDADE

Data de submissão: 07/08/2023

Data de aceite: 02/10/2023

Beatriz Rezende Dias

Estudante de Psicologia na Pontifícia
Universidade Católica de São Paulo
(PUC-SP)

São Paulo – São Paulo

<http://lattes.cnpq.br/4395851656663339>

RESUMO: O presente estudo buscou analisar os impactos que o contexto pandêmico gerou na saúde mental e subjetividade das mulheres que atuaram na linha de frente da Covid-19, compreendendo as condições materiais e subjetivas a que essas trabalhadoras estavam submetidas. O procedimento metodológico empregado nesta pesquisa é qualitativo do tipo exploratório. Foram feitas sete entrevistas individuais com roteiro semiestruturado, contendo perguntas abertas e fechadas. Em relação ao perfil das participantes, elas apresentaram uma idade média de 49 anos, autodeclaradas brancas, com emprego formal, pertencentes a um nível socioeconômico alto e dispunham de um grau elevado de escolarização. Os dados coletados foram analisados sob os preceitos da análise hermenêutico-dialética, com a formação de cinco categorias de

análise para facilitar a identificação de significados compartilhados e sentidos próprios expressos nas falas. No que toca aos resultados, as entrevistadas verbalizaram a respeito da intensa jornada de trabalho, da conciliação entre a esfera doméstica e a esfera produtiva, do medo perante a contaminação e transmissão do vírus, da sensação de impotência frente às mortes, do sentimento de solidão em relação a alguns familiares e amigos e da presença de solidariedade entre as equipes profissionais. Dito isso, notou-se que, embora pertencessem a uma classe social alta e tivessem um amparo das instituições em que trabalhavam, a situação pandêmica gerou sofrimento psíquico e físico nas mulheres em questão.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres; Pandemia; Profissionais da Saúde; Saúde Mental; Trabalho.

WOMEN ON FRONTLINE OF COVID-19: IMPACTS ON MENTAL HEALTH AND SUBJECTIVITY

ABSTRACT: This research seeks to analyze the impacts that the pandemic context has caused in women who were on the frontline against Covid-19, specifically on their mental

health and subjectivity, taking in consideration the material and subjective conditions that this workers were submitted. The methodological procedure used in this research is qualitative from the exploratory kind. Seven individual interviews were conducted with a semi-structured script, containing open and closed questions. Regarding the profile of the participants, they had an average age of 49 years, self-declared white, with formal employment, belonging to a high socioeconomic level and had a high level of schooling. The collected data were analyzed under the precepts of hermeneutic-dialectic analysis, with the formation of five categories of analysis to facilitate the identification of shared meanings and personal meanings expressed through their speech. With reference to the results, the interviewees talked about the intense workday, the reconciliation between the domestic sphere and the productive sphere, the fear of contamination and transmission of the virus, the feeling of impotence in the face of deaths, the feeling of loneliness in relation to some family members or friends and the presence of solidarity among the professional teams. That being said, it was recognized that, although they belonged to a high social class and were supported by the institutions in which they worked, the pandemic situation established psychic and physical suffering in the women in question.

KEYWORDS: Women; Pandemic; Healthcare Professionals; Mental Health; Work.

1 | INTRODUÇÃO

O trabalho acompanha a humanidade desde os seus primórdios, sendo ressignificado a depender do contexto e momento histórico em que está inserido. Este processo contraditório, através do qual os homens constroem materialmente a sociedade e se autoproduzem, corresponde a um fator estruturante das relações entre sujeitos, e destes com o mundo. Por contribuírem para a constituição da subjetividade e expressão da identidade, as experiências da esfera do trabalho apresentam íntima relação com a saúde dos indivíduos.

Diante de um mundo cada vez mais globalizado e sob a égide de um modelo neoliberal, o trabalho aparece como uma forma de adaptação frente ao mercado mundial. Dessa maneira, tornou-se uma atividade mediada para a produção de valor ao capitalista, sendo esvaziada de sentido e perdendo o seu poder de garantir inclusão e proteção social (ANTUNES, 2000).

E neste jogo de mercado o trabalhador se expõe a riscos que comprometem sua saúde e muitas vezes sua vida. Assim, a combinação entre avanços tecnológicos, aceleração imprevisível dos processos econômicos, sociais e culturais, a flexibilização dos direitos, colocam em jogo o ser humano em suas várias dimensões, individual e social. (MENDES *et.al*, 2005, p. 4).

Tendo em vista o cunho violento do neoliberalismo, hoje, os modos de opressão vivenciados pela classe operária encontram formas de expressão extremamente complexas. Substituíram o chicote, o supervisor e os testes psicológicos pela ilusão da integração e da participação (HELOANI & CAPITÃO, 2003, p.107).

Essas novas formas de relações trabalhistas fortalecem-se através da ideologia

individualista e naturalizante, que atribui, ao sujeito, a responsabilidade pelo próprio sucesso e fracasso. Essa autorreferencialidade gera uma liberdade paradoxal que, em virtude das estruturas coercitivas que lhe são inerentes, se transforma em violência (HAN, 2010, p.30). Em outras palavras, criou-se um indivíduo submetido aos interesses do mercado, que contribui para a perpetuação e reprodução do neoliberalismo ao introduzir, em sua subjetividade, as ideias e imagens da realidade formuladas por este sistema. Dessa forma, a arte de governar é colocada tanto no campo macroestrutural quanto no campo das subjetividades (FONSECA & SILVA, 2020, p.62).

Não obstante, recentemente, as relações de trabalho passaram por grandes abalos. Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, foram identificados os primeiros casos da COVID-19. Ela corresponde a uma infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021). No Brasil, juntamente com essa crise sanitária

[...] vieram o agravamento da crise política, a queda acelerada rumo ao fundo do poço da recessão econômica e do desemprego, o aumento dos insultos às instituições, as novas ameaças ao meio ambiente e a exacerbação de discursos e gestos autoritários, com direito a um flerte explícito com o militarismo ou uma guerra civil. (AGUIAR & XAVIER, 2020, p. 47).

Diante desse contexto, a situação dos trabalhadores agravou-se ainda mais. Segundo Antunes (2020, p. 114) “a letalidade da pandemia do capital se estampa em sua aguda tragicidade em relação ao trabalho: se forem laborar, contaminam-se; se ficarem em isolamento, não terão recursos mínimos para sobreviver.”.

No caso dos trabalhadores dos serviços de saúde, a questão era mais crítica. Como apontado por Almeida (2020), estes profissionais encontraram-se diante de um cenário de instalação simultânea de problemas. Somavam-se a situação de escassez de recursos, o aumento do número de afastamentos do trabalho por motivos de saúde, o crescimento do número de doentes, as excessivas jornadas de trabalho e, conseqüentemente, um acréscimo nos níveis de cansaço. Ademais, além das altas chances de contaminação, houve uma série de vivências de perdas e frustrações, que muitas vezes, transformaram-se em um sofrimento psíquico profundo.

Neste momento, faz-se necessário um recorte de gênero. Segundo uma matéria feita pela ONU Mulheres (2020), o sexo feminino representou 70% da força de trabalho na linha de frente do setor social e de saúde durante a pandemia. Além de estarem em contato direto com o medo e os desastres gerados pelo vírus, as mulheres também encontram desafios históricos referentes ao gênero.

Estes desafios podem ser entendidos através da noção de divisão sexual do trabalho, que pressupõe a existência de lugares sociais demarcados conforme o sexo, limitando as mulheres à esfera doméstica. De acordo com Hirata e Kergoat (2007), fora a separação

entre trabalho masculino e feminino, esse fenômeno caracteriza-se pelo princípio da hierarquização, no qual há a valorização das atividades masculinas e a subalternização das funções ditas femininas.

Como justificativa para essa relação assimétrica, utilizou-se o discurso biológico, pautado na existência de instintos naturais que restringem o sexo feminino a papéis de submissão social e de cuidado.

Esse trabalho é marcado por dor, opressão e adoecimento, principalmente diante da naturalização da posição subalterna que a mulher ocupa na sociedade e na hierarquia da estrutura familiar tradicional, que a leva à exaustão diante dos cuidados requisitados por todos os membros da família (MACÊDO, 2020, p.189).

Neste sentido, as mulheres possuem uma tripla jornada de trabalho: remunerado, doméstico e de cuidado, o que implica falta de tempo para o cuidado de si e a necessidade de suportar a alta carga de estresse físico e emocional (GUIMARÃES & DAOU, 2021, p.127). Em razão do isolamento social, com o fechamento das creches e escolas, as tarefas domésticas e de cuidado se intensificaram, produzindo uma sobrecarga feminina.

A partir do exposto, é inegável afirmar que as mulheres profissionais da saúde que atuaram na linha de frente da Covid-19 encontraram-se em uma situação de extrema vulnerabilidade durante o período pandêmico, expressando as tensões sociais geradas pelo neoliberalismo, pela pandemia da Covid-19 e pela desigualdade histórica de gênero. Por este motivo, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa buscando compreender os impactos que a pandemia gerou à saúde mental e subjetividade desse grupo e, assim, dar voz a essas mulheres invisibilizadas.

2 | MÉTODO

O procedimento metodológico empregado neste trabalho foi qualitativo do tipo exploratório, em que se trabalhou com “atitudes, crenças, comportamentos e ações, procurando-se entender a forma como as pessoas interpretam e conferem sentido a suas experiências e ao mundo em que vivem.” (MINAYO *et.al*, 2005, p.74).

Foram realizadas sete entrevistas individuais, com a elaboração prévia de um roteiro semiestruturado, baseado nas informações levantadas a partir da leitura de materiais já publicados. Este roteiro continha perguntas abertas e fechadas com o fim de garantir a fluidez e o respeito pela autenticidade da fala do sujeito entrevistado, permitindo-lhe expressar elementos de sua subjetividade.

O estudo foi divulgado nas redes sociais da pesquisadora e as participantes se disponibilizaram voluntariamente, o que justifica a concentração de trabalhadoras pertencentes a uma classe social alta. As participantes foram contatadas e convidadas a participar da pesquisa via *WhatsApp* e, posteriormente, a entrevista foi agendada por meio da plataforma *Google Meet*. A escolha do meio virtual deveu-se às recomendações dos

órgãos de saúde e da preferência das participantes.

Os dados coletados nas entrevistas foram agrupados em cinco categorias temáticas e analisados sob os pressupostos da análise hermenêutica-dialética, seguindo os passos propostos por Minayo (2014): pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

O projeto de pesquisa de Iniciação Científica foi aprovado pelo Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

3 | ANÁLISE DOS RESULTADOS: CATEGORIAS TEMÁTICAS

Nesta pesquisa foram entrevistadas sete mulheres profissionais da saúde que tinham entre 25 e 59 anos, com uma idade média de 49 anos, autodeclaradas brancas, com emprego formal, pertencentes a um nível socioeconômico alto e dispunham de um elevado grau de escolarização, isto é, ensino superior completo, pós-graduação e mestrado. Quanto às atividades profissionais, duas eram fisioterapeutas, duas eram psicólogas, uma era médica, uma era enfermeira e uma era técnica de enfermagem.

Assim sendo, as mulheres falavam de um lugar social específico, não correspondendo à totalidade das vivências das profissionais de saúde no Brasil durante a pandemia.

A partir da escuta das entrevistadas e leitura intensiva, foram construídas cinco categorias analíticas, que agrupavam conteúdos semelhantes.

3.1 CONDIÇÕES MATERIAIS DE TRABALHO

Na pandemia, como apontado por Almeida (2020), os profissionais de saúde depararam-se com um cenário catastrófico. Estes trabalhadores conviviam cotidianamente com

[...] condições de trabalho precárias, decorrentes da escassez de recursos e materiais ou de características da organização do trabalho em saúde que envolvem carga de trabalho elevada, prolongamento de jornadas laborais, trabalho em turnos e dificuldade para pausas e repouso. (HELIOTERIO *et. al.*, 2020, p. 04).

Em conformidade com os autores, as entrevistadas discorreram sobre os empecilhos materiais encontrados durante a pandemia:

“O volume de trabalho também era bem alto, a gente tinha em torno de 10 a 15 visitas no período da tarde. Então, estava bem puxado.” (G. Q. S.)

“Eram 17 leitos para 50 pessoas. Uma equipe que tinha 3 pessoas para 50 pessoas (...)Eu continuei trabalhando só dentro da minha instituição, mas ampliei o horário. Muitos profissionais trabalharam em 2 empregos, isso é rotina. O que a gente viu foram muitos profissionais trabalhando em três, então acabou virando uma oportunidade de ganhar um dinheiro extra e tentar uma nova oportunidade profissional, com isso veio o cansaço.” (R. H. M.)

Paralelamente, foram referidas iniciativas criadas pelas instituições, tais como os

momentos de decompressão, para propiciar um suporte aos trabalhadores e amenizar os danos trazidos pela pandemia.

“A gente teve um suporte muito grande do hospital para oferecer esse tipo de momentos de decompressão. A gente tinha esses momentos, ter um lugar para ir descansar, fazer outras coisas, sair um pouco desse ambiente para depois retornar.” (R. C. E.)

Dito isso, os relatos revelam que, embora com um certo amparo da instituição, o contexto da pandemia exigiu destas trabalhadoras cargas de trabalho excessivas levando ao esgotamento físico e mental, conforme referido por Lai *et al.* (2019).

3.2 A CONCILIAÇÃO ENTRE A ESFERA PRODUTIVA E A ESFERA DOMÉSTICA

Em relação às experiências das entrevistadas no âmbito privado, elas se dividiram entre as que tinham alguém para ajudar nas tarefas domésticas e as que moravam sozinhas. Para ilustrar, foram eleitas duas falas que representassem cada uma das situações:

“Eu tinha alguém para ajudar em casa, mas o volume de trabalho era muito grande. Eu trabalhava 12 horas por dia, nesse contexto de cenário de guerra. Ainda bem que tinha alguém para lidar com as tarefas de casa. (...) Não sobrava muito mais tempo, nem energia para fazer outras coisas.” (G. Q. S.)

“Eu moro sozinha, o que é uma coisa que de certa forma ajuda. (...) como eu passava praticamente o dia todo fora, eu tinha pouca tarefa doméstica, não tinha ninguém para me ajudar, mas a instituição deu muita coisa para gente. Eu fazia todas as refeições lá, não precisava cozinhar.” (R. H. M.)

Neste sentido, para algumas dessas mulheres, o fato de não possuírem filhos demandou menos no que tange aos afazeres não-remunerados. Ademais, as que eram mães tinham filhos adolescentes, o que significa que, por apresentarem mais autonomia, não só necessitam de menos cuidado quando comparados a crianças, mas também dispõem de mais condições para auxiliar nas tarefas domésticas.

Além disso, é imprescindível inserir a fala dessas mulheres no contexto social a que pertencem. No Brasil, os trabalhos reprodutivos em famílias de classe alta e de classe média seguem sendo realizados majoritariamente por empregadas domésticas negras (GUIMARÃES & DAOU, 2021, p.122). Isto aponta para a necessidade, descrita por Nogueira e Passos (2020), de racializar o fenômeno da divisão sexual do trabalho, uma vez que as mulheres são um grupo heterogêneo, em que os determinantes de raça e de classe se somam à opressão de gênero.

3.3 A PANDEMIA DO MEDO

Frente a um cenário estressor, o medo aparece como uma reação possível. No contexto da pandemia da Covid-19, o medo da morte manifestou-se como medo do desconhecido. Segundo, Jorge, Mello e Nunes (2020, p. 586): “A invisibilidade do vírus esvanece o objeto que se teme e ao mesmo tempo o torna onipresente, produzindo o

sufocamento característico da angústia.”.

Dito isso, o novo coronavírus correspondeu a uma ameaça invisível, uma vez que, além do desconhecimento dos seus mecanismos biológicos, ele não era diretamente observável, gerando incertezas quanto à letalidade e transmissão. Sendo assim,

[...] o conhecimento sobre possibilidades de reinfecção, alta prevalência de casos entre profissionais de saúde e elevada transmissibilidade da maioria das cepas do vírus, mas o desconhecimento parcial, somado a fake news, alimenta o imaginário, retroalimentando a sensação de medo, também entre profissionais. (HORTA *et. al*, 2022, p.30).

Além do receio do próprio contágio, esses profissionais da saúde temiam a infecção à sua família, colegas de trabalho e demais amigos, sentindo incertezas e rotulações, relutâncias em ir trabalhar e altos índices de pedidos de demissão. (PRADO *et.al*, 2020, p.7).

No tocante às entrevistadas, a sensação de medo apareceu nos discursos sob três formas: o medo de contrair a doença, o medo de transmitir a doença e o medo das mudanças no trabalho. Estas formas expressam-se nos seguintes discursos:

“Eu acho que a maior dificuldade foi quando começamos a ver a própria equipe, os colaboradores, começando a pegar a Covid. Pessoas muito perto da gente, médicos amigos entubados. Isso desestruturou emocionalmente a equipe. Então saber que qualquer hora poderia ser algum de nós, as pessoas começaram a pensar que os amigos muito próximos estão passando por isso e como vamos sobreviver a isso.” (R. C. E.)

“Posso até morrer, mas não quero deixar para as pessoas que eu amo, na minha casa, minha família, transmitir uma doença por conta da minha ocupação.” (S. T. S.)

“No trabalho foi uma mudança de tudo. Primeiro fechou a minha unidade, não sabia para onde eu ia (...) perguntei se eu poderia ficar avaliando feridas e decidiram na hora que eu ia ficar só com isso. Para mim foi uma mudança muito boa, apesar de todo o estresse, de ver os colegas mudando tudo, o medo. O medo da mudança dá muito receio.” (C. C. S.)

Para essas mulheres, o espaço hospitalar foi significado, de forma explícita ou implícita, como um local de risco, em que o contato mais direto com o vírus deixava as profissionais mais expostas a contrair a doença e, possivelmente, transmiti-la a outras pessoas. Para mais, a incerteza quanto ao futuro do trabalho devido às mudanças dentro da instituição também gerou medo nas participantes. Nestes casos, o ambiente hospitalar revelou-se como potencializador do medo.

Por outro lado, uma mulher expressou o contrário:

“Naquele momento inicial eu não tive medo, porque eu me sentia mais protegida no hospital do que em qualquer outro lugar. Lá eu sabia onde o perigo estava e como me defender dele. E lá fora você nunca sabia.” (R. H. M.)

Para ela, o hospital apareceu como um local seguro, ao passo que possuía um

maior controle sobre o vírus, maior conhecimento sobre as pessoas com quem convivia diariamente e dispunha de mais recursos para se proteger.

3.4 AS PERDAS NO COTIDIANO

Segundo HORTA *et. al* (2022, p.30), “[...] o medo pode ser acrescido de confirmadores, como perda de um ente, ou indícios de comprometimento de sua saúde.”. Isto posto, o medo referente ao contexto de pandemia, dentre outras formas, materializou-se nas perdas, tanto de vidas humanas, quanto de rotinas, relações sociais e estabilidade financeira.

No que tange às entrevistas, as participantes relataram terem vivenciado perdas de membros da equipe, parentes e pacientes:

“Eu quase perdi meu pai neste último ano da pandemia por causa da Covid. Eu acho muito difícil ter que continuar trabalhando num contexto como esse, tendo uma pessoa muito importante quase indo embora.” (F. S. R.)

“Foi bem pesado porque tinha mortes todos os dias, lembro de finais de semana em que eu era a única psicóloga do hospital e aí eu ia procurar um paciente para fazer a visita e quando eu chegava no quarto ele tinha acabado de falecer. Ia procurar outro, o outro também tinha falecido. Foi um trabalho que tive que lidar constantemente com a questão da morte, foi bem difícil (...) Era muito ruim as coisas que a gente presenciava. Víamos o ser humano nas piores das suas condições. Lidar com essas imagens, presenciar isso era impactante.” (G. Q. S.)

“Bateu umas tristezas de ver os pacientes morrendo, muito grave. Conhecidos da gente que faleceu. Tive um funcionário meu que faleceu. Muita gente perto ficou mal.” (C.C.S.)

As constantes perdas vão deixando marcas no psiquismo dos profissionais da saúde. Como descrito por Lóss *et.al* (2020), a inexorabilidade dos riscos da doença pode fazer com que estes profissionais se vejam fragilizados, apresentando sentimento de impotência, já que não possuem controle sobre os acontecimentos. Vide as seguintes falas:

“A equipe também tinha uma parte emocional muito grande, muito além do desconhecimento da doença, do tratamento, de errarmos e acertarmos no início do que era bom ou não para o paciente. A gente sofreu com os pacientes essa angústia do que está acontecendo no mundo, as pessoas estão morrendo e a gente não consegue ajudar, as pessoas estão sofrendo aqui dentro e a gente também não pode ajudar.” (R. C. E.)

“Para mim foi um momento, na segunda onda, em que a demanda de atendimentos era maior do que a minha capacidade operacional. Naquele momento eu precisei fazer escolhas, são escolhas muito difíceis, porque eu me questioneei muito (...) isso me doeu, não poder fazer por todos tudo o que eu queria com a qualidade que eu queria, com a dedicação que eu tinha. Foi o momento que eu senti que bambeeí na pandemia, senti que não ia dar conta.” (R. H. M.)

“Teve um momento que começou a faltar de fato medicamento para realizar a intubação, causava um desespero em todo mundo. Estamos lidando com vidas, a gente faz a promessa de tentar salvar aquela vida e sabendo

que não tinha vacina ainda ou só estava disponível, no começo, para profissionais da saúde. Você estava vacinado, mas via o seu parente ou o parente de alguém sendo internado, porque não conseguiu tomar a vacina ainda.” (R. M. C. G.)

Em conclusão, é possível afirmar que, em alguns casos, a frustração de perder alguém toca em questões pessoais, trazendo sofrimento psíquico para os profissionais da saúde. Isto pode ser explicado através da responsabilização historicamente atribuída aos trabalhadores da saúde pelo cuidado com o outro. E, quando a preservação da vida não consegue ser garantida ou as expectativas não são atendidas, a responsabilidade transforma-se em culpa.

3.5 SOLIDÃO X SOLIDARIEDADE

O título desta categoria deveu-se à contradição presente nas vivências dos trabalhadores da saúde. Ao mesmo tempo em que foram estigmatizados diante da sociedade, construíram elos muito fortes dentro da equipe.

No tocante às entrevistas, a distância de familiares próximos e a criação de vínculos com outros profissionais da saúde foram abordados das seguintes formas:

“Todo esse cenário muito difícil eu tinha que ou guardar para mim ou falar com os colegas que estavam ali do meu lado. Era algo que eu evitava trazer para dentro de casa porque as pessoas não iam saber lidar com aquelas informações (...) o que eu fiz foi criar vínculos muito fortes com as pessoas que estavam na mesma realidade que eu. Foi isso que me ajudou a manter a cabeça no lugar, porque a gente acabava compartilhando o quanto estava difícil, o quanto era assustador. Isso acabava aliviando um pouco.” (G. Q. S.)

“Eu sinto também muita solidariedade entre as equipes dos profissionais (...) a solidariedade foi imensa também na relação entre as equipes e os pacientes (...) com o meu marido foi muito difícil, porque se eu preparava a comida, ele não comia. Então cada um fazia os seus preparos. Fazíamos separados, comíamos separados. Fiquei dois anos sem dormir com ele, eu num quarto, ele no outro (...) a gente queria sobreviver, e eu me via como vetor potencial.” (S. T. S.)

Dito isso, ao longo da pandemia, por estarem em contato direto com o vírus diariamente, esta categoria profissional foi estigmatizada. Muitas pessoas consideraram os profissionais da saúde potenciais transmissores do vírus. Para mais, notou-se uma internalização deste estigma pelos próprios trabalhadores. A respeito deste tema, Nascimento e Leão (2019) afirmaram:

O estigma internalizado (..) é uma consequência direta do estigma social, no qual ocorre uma internalização do estigma sofrido, ou seja, o indivíduo, ao ter consciência dos estereótipos negativos associados à sua circunstância, concorda, aplica e reproduz essas crenças desfavoráveis sobre si mesmo, atrapalhando sua qualidade de vida e o convívio social. (NASCIMENTO & LEÃO, 2019, p.110).

Sendo assim, é válido ressaltar a clareza da internalização do estigma presente

no seguinte trecho da fala da participante S.T.S: “*a gente queria sobreviver, e eu me via como vetor potencial.*”. Nesta, a entrevistada demonstra aceitar o distanciamento social, compreendendo a si mesma como um fator de risco ao marido.

Por fim, as falas demonstraram a centralidade do compartilhamento de experiências para a sensação de acolhimento diante do contexto pandêmico. Dividir sentimentos e angústias com outros profissionais que também estão vivenciando a mesma coisa promoveu um elo de solidariedade entre esses trabalhadores, favorecendo a elaboração psíquica dos impactos gerados por este momento tão difícil.

4 | CONCLUSÃO

Como apontado pelas entrevistadas em diálogo com a literatura, as mulheres que atuaram na linha de frente no combate ao coronavírus apareceram como um grupo extremamente afetado pela situação. Os sucessivos desmontes na área da saúde e consequente precarização do trabalho neste setor, as desigualdades de gênero e os efeitos do neoliberalismo foram potencializados com o advento da pandemia da Covid-19.

Assim sendo, mesmo pertencentes a uma classe social favorável e com um amparo das instituições em que atuavam, o trabalho, para estas profissionais, caminhou rumo ao adoecimento. Elas encontraram-se diante de altas jornadas de trabalho, falta de recursos, baixa remuneração, solidão, altos riscos de contaminação, contato direto com a morte, medo referente ao vírus, dentre outros fatores.

No entanto, apesar de estarem em um contexto similar, os sentidos atribuídos às experiências foram singulares. Dessa forma, a história de vida de cada mulher influenciou no modo como cada uma apreendeu e lidou com a realidade.

Neste sentido, o fenômeno de ser mulher, profissional da saúde, na linha de frente da Covid-19 é multideterminado. Por esta razão, não é possível e nem de interesse esgotar suas potencialidades e formas de manifestação. Dito isso, é válido ressaltar a limitação deste trabalho, posto que o recorte de gênero por si só aparece como insuficiente para abordar essa temática, sendo imprescindível considerar a influência de outros marcadores sociais, como de raça e classe.

Portanto, considera-se fundamental o estímulo a novas pesquisas que busquem estudar criticamente este tema com o fim de auxiliar na construção de políticas de proteção para essas profissionais.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, G. N.; XAVIER, E. D. **Pandemia, política e neoliberalismo: o Governo Federal Brasileiro no enfrentamento do Coronavírus**. Confluências - Revista Interdisciplinar de Sociologia e Direito, v. 22, n. 2, p. 28-50, 2020.

ALMEIDA, I. M. de. **Proteção da saúde dos trabalhadores da saúde em tempos de COVID 19 e respostas à pandemia.** Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v. 45, e17, 2020.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho.** 3 ed. São Paulo. Boitempo. 2000

ANTUNES, R. **O vilipêndio do coronavírus e o imperativo de reinventar o mundo.** In: TOSTES, A.; MELO FILHO, H. Quarentena: reflexões sobre a pandemia e depois. 1ª ed. Bauru: Canal 6; p. 181-88. 2020.

FONSECA, A. D; SILVA, S. L. A. **O Neoliberalismo em Tempos de Pandemia: o Governo Bolsonaro no contexto de crise da Covid-19.** Ágora (St. Cruz Sul, Online), v.22, n.2, p. 58-75, julho-dezembro, 2020.

GUIMARÃES, S. S. M. L & DAOU, S. Z. **Divisão sexual do trabalho reprodutivo e as assimetrias de gênero na pandemia da covid-19.** Salvador: Revista Direito e Sexualidade v. 2, n. 1, p. 110-133, 2021.

HAN, B. C. **Sociedade do Cansaço.** Petrópolis:Vozes, 2010.

HELIOTERIO, M. C. *et al.* Covid-19: **Por que a proteção da saúde dos trabalhadores e trabalhadoras da saúde é prioritária no combate à pandemia?** Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2020, v. 18, n. 3 e00289121. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00289>>. Acesso em: 21 março 2022.

HELOANI, J. R. M.; CAPITÃO, C. G. **Saúde mental e psicologia do trabalho.** São Paulo, Perspec. v. 17, n. 2, São Paulo Apr./June, p. 102-108, 2003.

HIRATA, H., & KERGOAT, D. **Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho.** Caderno de Pesquisas, 37 (132), p. 585-609, 2007.

HORTA, R. L et al. **“Pegar” ou “passar ”: medos entre profissionais da linha de frente da COVID-19.** J Bras Psiquiatr. 2022;71(1):24-31.

JORGE, M. A. C; MELLO, D. M; NUNES, M. R. **Medo, perplexidade, negacionismo, aturdimento – e luto: afetos do sujeito da pandemia.** Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, 23(3), 583-596, set. 2020.

LAI, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N. et al. (2020). **Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to Coronavirus disease 2019.** JAMA Netw Open, 3:203976. Doi:10.1001/jama network open.2020.3976

LÓSS, J. C. S *et.al.* **A saúde mental dos profissionais de saúde na linha de frente contra a Covid-19.** Revista Transformar 14, Edição Especial “Covid-19: pesquisa, diálogos transdisciplinares e perspectivas”, mai./ago. 2020.

MACÊDO, S. **Ser mulher trabalhadora e mãe no contexto da pandemia covid-19: tecendo sentidos.** Rev. Nufen: Phenom. Interd. I Belém, 12(2), 187-204, mai.– ago., 2020.

MENDES, J. M. R *et.al.* **A política de saúde do trabalhador e as transformações no mundo do trabalho.** II Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís – MA, 23 a 26 de agosto de 2005.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo:Hucitec, 2014. p. 315-318.

MINAYO, M. C. *et.al.* **Métodos, técnicas e relações em triangulação**. In: MINAYO, M. C. S; ASSIS, S. G; SOUZA, E. R. (orgs.). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, p.61- 99, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O que é a Covid-19?**. 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus#:~:text=A%20Covid%2D19%20%C3%A9%20uma,transmissibilidade%20e%20de%20distribui%C3%A7%C3%A3o%20global>>. Acesso em: 10 maio 2021.

NASCIMENTO, L. A; LEÃO, A. **Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários**. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.26, n.1, p.103-121, jan.-mar. 2019.

NOGUEIRA, C. M; PASSOS, R. G. **A divisão sociosexual e racial do trabalho no cenário de epidemia do covid-19: considerações a partir de Heleieth Saffioti**. *Caderno C R H*, Salvador, v. 33, p. 1-9, 2020.

ONU MULHERES. **Covid-19: Mulheres à frente e ao centro**. 2020. Disponível em: <<https://www.onumulheres.org.br/noticias/covid-19-mulheres-a-frente-e-no-centro/>> . Acesso em: 19 março 2021.

PRADO, A. D *et.al.* **A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do COVID-19: uma revisão integrativa**. *Revista Eletrônica Acervo Saúde REAS/EJCH*, V.Esp.46 | e4128, 2020.

O USO DA INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA SOCIEDADE

Data de aceite: 02/10/2023

Paula Carolina Koppe

Faculdades Pequeno Príncipe - FPP
<http://lattes.cnpq.br/9739259434503528>

Bruno Jardini Mäder

Faculdades Pequeno Príncipe – FPP
<http://lattes.cnpq.br/7811017688140222>

ético e o desenvolvimento de diretrizes que garantam seu aproveitamento de forma responsável e benéfica.

PALAVRAS-CHAVE: Inteligência artificial; sociedade; saúde mental.

1 | INTRODUÇÃO

RESUMO: A inteligência artificial (IA) está transformando setores e suscitando debates sobre seus impactos, benefícios e desafios éticos. Este trabalho investiga o uso da IA na sociedade, especialmente na psicologia, com uma abordagem narrativa. Visa compreender sua aplicação e percepção, considerando experiências individuais e coletivas. São explorados os desafios éticos e preocupações relacionadas. Busca-se obter insights sobre os benefícios, limitações e implicações éticas da IA promovendo um uso mais responsável e equitativo na psicologia. A pesquisa analisará como a IA está sendo implementada, percebida e interpretada nesse contexto, levando em conta as perspectivas dos profissionais, usuários e demais envolvidos. O objetivo é contribuir para a compreensão dos impactos e desafios éticos da IA na psicologia, estimulando uma reflexão sobre seu uso

A Inteligência Artificial (IA) é uma área da tecnologia que busca desenvolver sistemas capazes de realizar tarefas que normalmente requerem inteligência humana. Esses sistemas podem incluir desde algoritmos simples até redes neurais complexas, que são capazes de aprender e tomar decisões com base em dados (SILVA e MAIRINK, 2019; FLORIDI e CHIRIATTI, 2020).

O histórico da IA remonta às décadas de 1950 e 1960, quando os primeiros estudos nessa área foram realizados. Um marco importante foi o teste de Turing, proposto pelo matemático Alan Turing em 1950. Esse teste tinha como objetivo verificar se uma máquina poderia exibir comportamento inteligente indistinguível do comportamento humano.

Se um interrogador não pudesse distinguir entre as respostas de um humano e as de uma máquina, então a máquina seria considerada inteligente (GUNKEL, 2012).

Nos anos seguintes, foram desenvolvidas diferentes abordagens para a IA. Alguns pesquisadores se concentraram em replicar o pensamento humano, enquanto outros se concentraram em simular o comportamento humano. Outros ainda buscaram criar sistemas capazes de pensar de forma racional, semelhante à lógica humana. Com o avanço da tecnologia e o desenvolvimento de algoritmos mais sofisticados, a IA tem se tornado cada vez mais poderosa e capaz de realizar tarefas complexas (RUSSEL e NORVIG, 2013).

A inteligência artificial (IA) tem desempenhado um papel cada vez mais importante em diversas áreas, incluindo a saúde. Na medicina, por exemplo, a IA tem sido usada para ajudar no diagnóstico precoce de doenças, analisar grandes quantidades de dados médicos e facilitar a tomada de decisões clínicas. Algoritmos de IA podem processar informações de maneira mais rápida e precisa do que os seres humanos, auxiliando os profissionais de saúde a identificar padrões e realizar diagnósticos mais precisos (HOLMLUND *et al.*, 2019; ABD-ALRAZAK *et al.*, 2022).

Além disso, a IA tem demonstrado um grande potencial na saúde mental. O número de pessoas que sofrem de doenças mentais está em constante aumento, e muitas vezes há uma escassez de recursos e profissionais disponíveis para fornecer apoio adequado. Nesse contexto, a IA pode desempenhar um papel crucial. *Chatbots* e assistentes virtuais baseados em IA têm sido desenvolvidos para fornecer suporte e assistência emocional, disponíveis 24 horas por dia, 7 dias por semana. Essas tecnologias podem oferecer um ambiente seguro e confidencial para as pessoas expressarem seus sentimentos, preocupações e dúvidas, além de fornecer orientações, recursos e até mesmo sugestões de busca de ajuda profissional adequada (ROSENFELD, 2020; ROY *et al.*, 2020).

Na área da saúde mental, a IA também pode ser usada para monitorar padrões de sono, humor e comportamento. Com algoritmos avançados, ela pode identificar possíveis sinais de alerta e fornecer intervenções oportunas, ajudando na prevenção e no tratamento de problemas de saúde mental. No entanto, é importante ressaltar que, embora a IA tenha um potencial significativo para auxiliar na saúde mental, a interação humana e o acompanhamento profissional ainda são fundamentais para um tratamento abrangente e eficaz. A IA deve ser vista como uma ferramenta complementar, e não como um substituto, para a assistência médica adequada (RICHENS, LEE e JOHR, 2020; SINGH, 2023).

Em resumo, a IA é uma área da tecnologia que busca desenvolver sistemas capazes de realizar tarefas que normalmente exigem inteligência humana. Com o avanço da tecnologia, a IA tem se mostrado cada vez mais presente em diversas áreas da sociedade, trazendo benefícios e oportunidades, mas também levantando questões éticas e de privacidade que precisam ser abordadas (RUSSEL e NORVIG, 2013; GUNKEL, 2012).

1.1 JUSTIFICATIVA PESSOAL

A justificativa pessoal para a elaboração deste TCC está fundamentada em minha trajetória acadêmica e na minha transição de carreira para o campo da tecnologia. Atualmente, estou cursando uma segunda graduação em tecnologia, motivado pelo fascínio que tenho pela área desde a infância, influenciada pela presença de meu tio, alguém muito importante na minha vida, que trabalhava nesse campo. Desde criança, tive a oportunidade de aprender e vivenciar a presença da tecnologia em minha vida, despertando um interesse genuíno por esse campo. Ao longo dos anos, a paixão pela tecnologia se fortaleceu, e agora, estou realizando uma mudança profissional para seguir esse caminho. Diante desse contexto pessoal, o TCC intitulado “O Uso da Inteligência Artificial na Sociedade” representa uma oportunidade para aprofundar meus conhecimentos nessa área em expansão e contribuir para o entendimento dos impactos da inteligência artificial na sociedade. Acredito que essa pesquisa não apenas complementarará minha formação acadêmica, mas também me proporcionará uma visão mais abrangente e crítica sobre o tema, auxiliando em minha transição de carreira para o campo da tecnologia.

1.2 JUSTIFICATIVA CIENTÍFICA

O presente TCC tem como objetivo investigar e compreender as implicações da Inteligência Artificial (IA) na sociedade contemporânea, abordando seus desafios, oportunidades e impactos nos aspectos científicos e tecnológicos. A justificativa científica para a elaboração deste estudo baseia-se na necessidade de preencher lacunas no conhecimento científico e promover uma compreensão mais aprofundada do papel da IA na sociedade. O crescimento exponencial da IA nos últimos anos tem transformado diversos setores da sociedade, desde a indústria até a medicina. Nesse sentido, é fundamental investigar as implicações dessas transformações e explorar os desafios éticos, sociais e tecnológicos que surgem como resultado. Compreender o avanço da IA e seus impactos sociais é essencial para que possamos acompanhar as mudanças e adaptar nossas práticas e políticas de forma adequada. Além disso, o uso da IA está reconfigurando o mercado de trabalho e levantando questões sobre empregabilidade e requalificação profissional. A substituição de tarefas repetitivas e funções inteiras por algoritmos e sistemas inteligentes requer uma compreensão aprofundada das transformações no mundo do trabalho e das estratégias necessárias para lidar com essas mudanças. Portanto, a justificativa científica para este estudo reside na necessidade de compreender como a sociedade pode se adaptar a essas mudanças e mitigar possíveis impactos negativos.

1.3 JUSTIFICATIVA SOCIAL

A justificativa social para a elaboração deste TCC baseia-se na importância de compreender e refletir sobre as implicações sociais da utilização da inteligência artificial na sociedade. A IA tem o potencial de impactar significativamente as relações humanas e a

dinâmica social, sendo necessário analisar suas implicações éticas, sociais e de privacidade. O avanço da IA levanta preocupações sobre o futuro do trabalho e a empregabilidade das pessoas. A automação de tarefas e a substituição de profissionais por algoritmos podem gerar desafios sociais e desigualdades. A justificativa social para este estudo reside na compreensão dos efeitos sociais dessas mudanças, buscando identificar estratégias para mitigar possíveis impactos negativos e promover a inclusão social em um contexto cada vez mais tecnológico. Além disso, a introdução da IA na sociedade suscita questões éticas e de privacidade. A coleta massiva de dados e o processamento por algoritmos de IA levantam preocupações sobre a proteção da privacidade e a segurança dos indivíduos. A justificativa social para este TCC é examinar essas preocupações e propor diretrizes para garantir a transparência, a responsabilidade e o respeito aos direitos individuais no contexto da IA. Dessa forma, a realização deste TCC visa contribuir para uma reflexão crítica e abrangente sobre o uso da inteligência artificial na sociedade. Ao combinar a justificativa pessoal, científica e social, pretende-se fornecer insights relevantes e subsidiar a tomada de decisões informadas na implementação e regulamentação da IA considerando tanto os aspectos científicos e tecnológicos quanto os impactos sociais, éticos e de equidade.

1.4 OBJETIVO GERAL

Investigar os usos da inteligência artificial dentro da sociedade

1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Descrever a evolução da inteligência artificial;

Descrever as principais plataformas usadas;

Investigar os contextos em que as pessoas procuram a inteligência artificial;

Detalhar os resultados do uso da inteligência artificial.

2 | METODOLOGIA

A metodologia adotada neste trabalho consistiu em uma revisão narrativa de literatura. Inicialmente, foram selecionados os termos-chave relacionados ao tema de pesquisa, que foram utilizados na busca por artigos no Google Scholar. Essa escolha se deveu à ampla cobertura de periódicos científicos e artigos acadêmicos disponíveis nesta plataforma (CORDEIRO *et al.*, 2007).

Os artigos encontrados foram analisados em sua versão original em inglês, uma vez que a maioria das referências relevantes estava nesse idioma. A tradução para o português foi realizada para facilitar a compreensão e a inclusão dos principais conceitos e descobertas na revisão. A partir da leitura e análise crítica dos artigos, foram identificadas as principais tendências, lacunas e discussões no campo de estudo. A revisão narrativa permitiu a síntese e a interpretação dos resultados encontrados, bem como a apresentação de uma visão abrangente sobre o tema, embasando a discussão e conclusões do trabalho.

A revisão narrativa contém, entretanto, limitações. Estas estão relacionadas ao possível viés devido a forma da coleta dos artigos. Devemos considerar a possibilidade de que outros temas relevantes ao tema possam não ter sido abordados. (CORDEIRO *et al.*, 2007). Considera-se contudo, que abordagem proporcionou uma compreensão aprofundada e atualizada do assunto, contribuindo para o enriquecimento do conhecimento científico na área de estudo

3 | REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O QUE É A I.A E HISTÓRICO

A Inteligência Artificial (IA) é uma área da tecnologia que tem potencial para reproduzir a inteligência humana, permitindo a resolução de problemas, desenvolvimento de soluções e tomada de decisões em substituição ao ser humano (SILVA e MAIRINK, 2019).

De acordo com Russel e Norvig (2013), existem quatro abordagens da ciência que são aplicadas para o estudo da Inteligência Artificial. A primeira delas considera que a IA é um sistema que opera de forma similar ao pensamento humano. A segunda abordagem argumenta que a IA é um sistema que apenas simula o comportamento humano. Já a terceira perspectiva afirma que a IA é capaz de pensar de forma racional. Por fim, a última abordagem considera a IA como um sistema que não só pensa e raciocina, mas também apresenta comportamentos próprios.

A primeira abordagem sobre a atuação da I.A como seres humanos, foi em 1950 por Alan Turing - considerado pai da computação - no chamado teste de Turing. O teste tinha como foco de pesquisa saber se, em algum momento, a máquina ou sistema poderia expressar um comportamento inteligente ou equivalente ao do ser humano, sendo capaz até de enganar quem fosse o interlocutor. Em uma primeira parte da pesquisa foi indagado se um interrogador conseguiria descobrir o gênero de duas pessoas distintas - identificadas como (A) e (B) - apenas por meio de respostas datilografadas dessas pessoas a perguntas feitas por ele; sem ouvir a voz deles, vê-los e nem identificar traços de letras escritas à mão. Na segunda parte, Turing introduz a pergunta: “Máquinas podem pensar como seres humanos?”, então, se (A) ou (B) fosse substituído por um sistema, ele seria tão preciso e assertivo a ponto de enganar o indivíduo interrogador? A premissa é básica: se uma pessoa conversa com uma máquina e não percebe que não é um ser humano, o computador passou no teste (GUNKEL, 2012).

Após 70 anos do teste de Turing, contamos com estudos mais sólidos referentes à Inteligência artificial. Silva e Mairink (2019) apontam que esses sistemas são imersivos e atuam de forma tão realista que realmente são capazes de nos enganar, como no caso de sites, bancos e assistentes de celular. Isso ocorre pois há a capacidade de uma máquina replicar habilidades cognitivas, antes restritas apenas aos humanos. Tudo isso é possível

graças a um conjunto de diversas ciências, como a matemática e a computação, com o desenvolvimento de algoritmos implantados para que a máquina desenvolva e processe dados resultando nas funcionalidades cognitivas humanas (SILVA e MAIRINK, 2019).

Com base no histórico da evolução computacional, nos segmentos que são usuárias dessa tecnologia - áreas econômicas, negociais, sociais e individuais - e no impacto sistêmico entre países e internamente, como nas empresas, indústrias e sociedade, Klaus Schwab (2016), afirma que muitos acreditam estarem vivendo o resquício da terceira revolução industrial e nos deparando com o início de uma quarta.

3.2 O USO DA I.A

A Inteligência artificial como forma de inovação tecnológica, auxilia em diversos setores da sociedade. Sendo desde um facilitador do cotidiano e um otimizador de tempo até realização de trabalhos com maior acuracidade, evitando erros e retrabalhos que poderiam ocorrer caso um humano realizasse (SILVA e MAIRINK, 2019).

3.3 ASSISTENTES DE VOZ

A vertente de assistentes de voz, como Alexa da Amazon, Google Assistente e Siri da Apple, são definidos como dispositivos de *hardware* ou agentes de *software* alimentadas por inteligência artificial que auxiliam na busca de informações, execução de tarefas, e consumo de conteúdos usando linguagem natural em um formato de fala (KI, CHO e LEE, 2020). Essa habilidade de facilitar as interações humano-computador de forma natural e intuitiva, se assemelha a uma conversa entre seres humanos, aumentando assim, a popularidade das assistentes de voz. O robô reflete o que se espera dele, por isso, muitos foram feitos para serem prestativos e dóceis, e para passar essa mensagem, assumem uma forma humana feminina, como no caso das assistentes virtuais (ZWAKMAN, PAL e ARPNIKANONDT, 2021; SPARKS & HONEY, 2016).

Com as habilidades de fala e de produzir respostas engraçadas, acontece uma espécie de personificação dos dispositivos por parte das pessoas, mesmo que superficialmente (LOPATOVSKA e WILLIAMS, 2018).

Um estudo feito por Purington *et al.* (2017), explorou os níveis de personificação da Alexa, os fatores que afetam a personificação como base nas avaliações do produto no próprio site Amazon.com. Os resultados mostraram que mais da metade dos avaliadores se referiram ao produto não como “Echo”, mas como o nome personificado “Alexa”, referindo-se ao produto com pronomes. Os autores descobriram ainda que essa personificação está associada aos altos níveis de satisfação com o produto, mesmo em casos de clientes que tiveram problemas técnicos. O estudo também sugeriu que avaliadores de famílias com vários membros têm maior probabilidade de personificar o dispositivo do que avaliadores que moram sozinhos. Turk (2016) relata que os usuários tendem a interagir com as I.As da mesma maneira que interagem com amigos ou animais de estimação e até dizem “por favor”, “obrigada” ou “eu te amo” para a Alexa. A autora também sugere que essas

interações emocionais com o dispositivo estejam relacionadas ao anseio humano por conexões sociais, que consegue ser suprido pela tecnologia.

Sobre o motivo dos humanos atribuírem qualidades humanas aos não humanos, existem diferentes opiniões. Epley, Waytz e Cacioppo (2007) argumentam que a personificação se dá: para compreender uma situação projetando os comportamentos de uma pessoa ou seus pensamentos em um objeto ou pessoa não familiar; para reduzir o sentimento de incerteza em uma situação prevendo o comportamento de outros agentes na mesma ou para estabelecer conexões sociais. Já Kirkpatrick, Shillito e Kellas (1999) sugerem que pessoas solitárias são mais propensas a criar relações com animais de estimação e/ou máquinas e que um agente não humano personificado pode diminuir o sentimento de solidão.

Artigos destacam que essas assistentes virtuais são soluções fortes para pessoas que precisam de terapia ou para idosos que moram sozinhos (THOMPSON, 2018). Com a possibilidade dessas tecnologias serem facilmente integradas e ficarem à disposição do usuário, podendo interagir com eles o tempo todo, os usuários podem aproveitá-los em seu cotidiano (BENTLEY, *et al.*, 2018). No âmbito da saúde, os assistentes virtuais podem servir com um assistente pessoal de saúde, encontrando recursos de saúde, tendo simpatia e breves conselhos para as preocupações emocionais dos usuários, monitorando padrões de sono ou auxiliando pacientes com demência, já que podem responder às mesmas perguntas com paciência (SHIN e HUH-YOO, 2020).

O artigo de Laura Stevens (2017) para o *The Wall Street Journal* expõe que os desenvolvedores da Alexa descobriram que os usuários estão tratando o serviço mais do que uma forma de busca de informação, mas como um relacionamento. Os usuários também estão querendo compartilhar mais sobre si mesmos com a Alexa. Várias informações de muitas pessoas têm sido compartilhadas, como: “Alexa, estou sendo abusada. “Alexa, estou tendo um ataque cardíaco.” “Alexa, estou pensando em suicídio.” Nesses casos, o dispositivo sugere que o usuário procure ajuda e passa informações de funcionamento e o telefone do Centro de Valorização à Vida (CVV) (STEVENS, 2017).

3.4 CHATBOTS

Semelhantemente as assistentes de voz, os *chatbots* são caracterizados como *softwares* desenvolvidos para imitar ações humanas, simulando uma interação humano-computador, mas com o diferencial de atender e responder somente na forma escrita (RZPKA, BERGER e HESS, 2022).

O primeiro *chatbot* foi desenvolvido em 1966 por Joseph Weizenbaum, no Laboratório de Inteligência Artificial do Massachusetts Institute of Technology (MIT). Batizado de ELIZA, o *chatbot* simula uma operação de um psicoterapeuta rogeriano, retornando as sentenças do usuário com interrogativas. ELIZA possui um escopo limitado e pode conversar dentro de um domínio restrito, porém, quando foi lançado, muitas pessoas acreditaram estarem

falando com uma pessoa de verdade (SHUM, HE e LI, 2018).

Human: Men are all alike.
Eliza: In what way?
Human: They're always bugging us about something specific or other.
Eliza: Can you think of a specific example?
Human: Well, my boyfriend made me come here.
Eliza: Your boyfriend made you come here?
Human: He says I'm depressed much of the time.
Eliza: I am sorry to hear you are depressed.
Human: It's true. I'm unhappy.
Eliza: Do you think coming here will help you not to be unhappy?
Human: I need some help, that much seems certain.
Eliza: What would it mean to you if you got some help?
Human: Perhaps I could learn to get along with my mother.
Eliza: Tell me more about your family.
...
Chat:

Figura 01 - Simulação de conversa com ELIZFonte: WEIZENBAUM (1966)

Em 1972, desenvolvido pelo psiquiatra Kenneth Colby, o *chatbot* PARRY age como um paciente esquizofrênico (COLBY *et al.*, 1971). É considerado mais avançado que ELIZA pela presença de uma “personalidade” e de “respostas emocionais” que são ativadas pelas mudanças de teor da fala do usuário. Por exemplo, PARRY responderá de forma hostil de detectar que o nível de fala do usuário é de raiva (SHUM, HE e LI, 2018). Apesar disso, de maneira geral, esse *chatbot* é classificado com baixa capacidade de compreensão de linguagem e de expressão de emoções. Também não aprende com a conversa e tem baixa velocidade de resposta (ADAMOPOULOU e MOUSSIADES, 2020).

*People get on my nerves sometimes.
I am not sure I understand you fully.
*You should pay more attention.
Suppose you should pay more attention.
*You're entitled to your own opinion.
What makes you think I am entitled to my own opinion?
*It bothers me just to be around people in general.

Figura 02 - Simulação de conversa com PARRY

Fonte: CERF (1973)

Outro avanço foi o desenvolvimento da ALICE (*Artificial Linguistic Internet Computer Entity*) em português “Entidade de Computador de Internet Linguística Artificial”, criado em 1995 por Richard S. Wallace. Diferente de ELIZA, esse *chatbot* baseava-se em correspondência por padrões, com uma capacidade de discussão que permitia maior tempo de conversação, incluindo um escopo maior, com 41000 modelos e padrões relacionados. Após alguns anos de trabalho de melhoria de sistema, ganhou três vezes (2000, 2001 e 2004) o Prêmio Loebner de melhor programa de computador semelhante ao humano (SHUM, HE e LI, 2018).

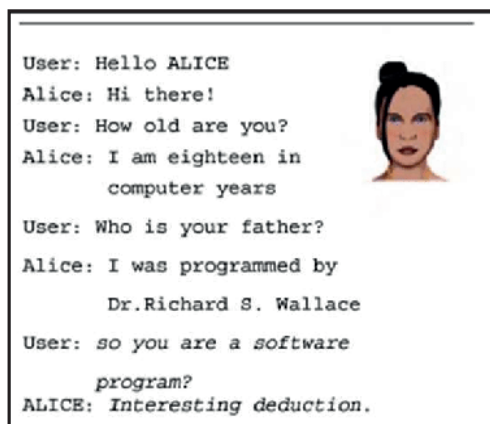


Figura 03 - Simulação de conversa com ALICE

Fonte: ABUSHAWAR e ATWELLI (2015)

O *chatbot* notório mais recente é o Chat Generative Pre-trained Transformer (GPT), lançado em novembro de 2022 pela OpenAI (OpenAI, L.L.C., San Francisco, CA, EUA). Em artigo para New York Time, Roose (2022) conta que em menos de um mês de lançamento, já contava com 100 milhões de usuários. A arquitetura utilizada é a GPT, que usa uma rede neural para processar linguagem natural, dessa maneira, gera respostas com linguagem parecida com a humana. Possui também, uma capacidade de responder a vários idiomas, gerando respostas altamente sofisticadas, se tornando superior aos seus antecessores (BROWN, *et al.*, 2020).

Floridi e Chiriatii (2020) descrevem GPT como um modelo de linguagem projetado para gerar sequências de palavras, códigos ou qualquer outro dado a partir de uma fonte de entrada de informação do usuário, usando um banco de dados composto de textos de sites da internet como Wikipedia, por exemplo. O Amazon Web Service (AWS) define a rede neural como um método de ensinar computadores a processar dados de uma maneira equivalente ao processamento feito pelo neurônio humano. Possui três camadas, sendo a primeira nós de entrada que recebem informações do mundo externo, analisam e categorizam os dados e os enviam para a camada oculta, responsável por processar

novamente esses dados e enviar para a camada de saída, que fornece o resultado de todos os processamentos.

Singh (2023) discute que a Inteligência Artificial surge como alternativa viável para reduzir as lacunas presentes nos tratamentos psiquiátricos, principalmente em países em desenvolvimento, tornando as informações sobre estados mentais mais acessíveis. As respostas com qualidade humana geradas pelo ChatGPT podem fornecer companheirismo e apoio para pessoas com falta de acessibilidade e também ajuda a economizar tempo, dinheiro e distância.

Mesmo sendo programados e treinados com grande conhecimento sobre o mundo psiquiátrico, os *chatbots* não podem dar diagnósticos e fornecer informações de tratamento de maneira confiável. Também, sua técnica de aprendizado é por reforço com feedback humano, dessa maneira, podem dar informações errôneas sobre condições psicológicas e prejudicar quem tem problemas mentais (SINGH, 2023).

3.5 I.A NA MEDICINA

No âmbito medicinal, existem vários estudos sobre o impacto da inteligência artificial. No estudo realizado por Richens, Lee e Johr (2020) em nome da Companhia Babylon Health e da University College London (UCL), foi usado um escopo de 1671 casos clínicos por escrito e obtiveram o resultado de uma precisão diagnóstica de 72.52% por parte do computador, enquanto os 44 médicos participantes atingiram 71,40%. Pestian, *et al.* (2010) em seu estudo mostraram que os algoritmos de aprendizado da Inteligência Artificial para avaliar a escolha de palavras, bem como a forma de escreve-las, são melhores do que médicos para distinguir cartas de suicídio reais das falsas, podendo então, ser capazes de identificar sinais de sofrimento. Os autores também exploram a possibilidade de utilizar essa tecnologia para monitorar regularmente a escrita de um paciente, por meio de um aplicativo ou de uma interação remota com profissionais de saúde. Essa abordagem permitiria a detecção precoce de sinais de automutilação ou comportamentos de risco. Abd-alrazaq, *et al.* (2022) concluíram em seus estudos que a I.A potencialmente leva a diagnósticos mais rápidos, objetivos e precisos.

Os pesquisadores do Instituto de Tecnologia de Massachusetts (MIT) e do Massachusetts General Hospital, Conner-Simons e Gordon em 2019 publicaram um estudo sobre um teste realizado com uma Inteligência Artificial, treinada com 90 mil mamografias, capaz de detectar padrões sutis nos tecidos mamários que não poderiam ser identificados por humanos. A Inteligência Artificial previu 31% dos casos de pacientes com alto risco, comparados com os 18% previstos por métodos tradicionais.

O professor da Universidade do Colorado Peter Foltz, argumenta que como hoje os médicos têm pouco tempo para interagir com os pacientes; as consultas são difíceis de marcar e algumas vezes é possível ver o médico apenas uma vez por trimestre, a análise de dados auxiliada por uma Inteligência Artificial pode auxiliar os médicos a diagnosticar

mais rapidamente e precisamente, fazendo com que o tempo de consulta seja melhor aproveitado e colocando o paciente em tratamento com maior agilidade. Também, por meio de outros aplicativos e programas que usam Inteligência Artificial, os médicos podem monitorar seus pacientes de forma remota, alertando sobre possíveis problemas e/ou mudanças que ocorram antes da próxima consulta presencial (HOLMLUND *et al.*, 2019).

Em uma entrevista para a revista TIME em 2019, o Dr. John Torous, diretor de psiquiatria digital no Beth Israel Deaconess Medical Center em Boston e presidente do Comitê de Tecnologia da Informação em Saúde Mental da Associação Psiquiátrica Americana, adverte que a inteligência artificial tem tamanha força, quanto os dados das quais são treinadas, e que os diagnósticos de saúde mental não estão quantificados bem o suficiente para ser possível a programação de um algoritmo. Com isso, estima-se que ainda demoraria de cinco a dez anos para que algumas aplicações com IA sejam usadas rotineiramente em clínicas. Por ora, pode-se contar com alguns aplicativos de celular para ajudar na saúde física e mental (DUCHARME, 2019a).

3.6 APLICATIVOS DE MONITORAMENTO

Contribuindo para um artigo da revista TIME em 2019, Dr. George Zgourides, psicólogo do Texas e autor do livro *Stop Worrying About Your Health* de 2002, discorre sobre o uso excessivo de aplicativos e/ou sites de monitoramento - de alimentação, ciclos de sono, progresso físico, contador de passos e de batimentos cardíacos - podem contribuir para o fortalecimento de uma cultura de ansiedade no âmbito de saúde; interferindo na saúde mental, trabalho e relacionamentos (DUCHARME, 2019b).

O pesquisador e professor Jordan Etkin da Duke University, na Carolina do Norte realizou seis experimentos envolvendo caminhadas, leituras e pinturas, onde estudaram o efeito que o rastreamento possibilitado pelos aplicativos tivera nos participantes. Nas pessoas que monitoravam suas atividades, o resultado quantitativo foi maior, porém os participantes consideraram as atividades não tão proveitosas. O professor concluiu que a medição das atividades pode aumentar o quanto as pessoas fazem, mas podem tornar atividades que costumavam ser divertidas e/ou prazerosas em algo parecido com um trabalho (ETKIN, 2016).

Em pesquisa realizada para a CNN, Duus e Cooray (2016) entrevistaram 200 mulheres sobre o uso do *FitBit*. Segundo Feehan, *et al.* (2018), os dispositivos *Fitbit* usam um sensor para capturar o movimento corporal, registrando dados de movimento que são analisados usando inteligência artificial para identificar padrões de movimento e identificar o número de passos diários, gasto energético, sono, distância percorrida e tempo gasto em diferentes intensidades de atividades (DUUS e COORAY, 2016; FEEHAN *et al.*, 2018).

Mais de 90% das entrevistadas já fizeram uma rota mais longa para aumentar o número de passos, bem como a quantidade de exercícios semanais. Um pouco mais da metade já aumentou a velocidade da caminhada para atingir o objetivo do *FitBit*. Cerca

de 75% das mulheres também optou por métodos mais saudáveis de alimentação. 88% delas considera importante quantificar suas atividades diárias e 84% verifica seu painel de progresso mais de duas vezes ao dia (DUUS e COORAY, 2016).

A relação dessas mulheres com os dispositivos começou a gerar dependência, desde o recebimento de mensagens gratificantes como “Viva!” ou “Campeão” quando um objetivo é alcançado, até a um sentimento mais profundo, de amizade, como o relato de uma das participantes de: “Eu amo meu *Fitbit* Flex porque ele me dá um tapinha nas costas todas as noites”. Além disso, com amostragens acima de 95%, as participantes dizem sentir felicidade, autossatisfação, orgulho e motivação quando concluem as metas diárias. Ainda, 77% alega que até voltaria para casa para buscar o *FitBit* se esquecesse de pegar (DUUS e COORAY, 2016).

Já ao serem questionadas como se sentiam sem o dispositivo, quase metade relataram se sentirem “nuas” e que as atividades realizadas eram perdidas. As informações preocupantes obtidas pela pesquisa são que 79% se sentem pressionadas a atingir suas metas diárias, 59% tem sua vida cotidiana controlada pelo *FitBit* e 30% consideram ele como um inimigo que os fazem se sentirem culpados por não baterem a meta diária (DUUS e COORAY, 2016).

Outra vertente de utilização de I.A para monitoramento é a do sono. Uma das principais formas é o uso de dispositivos vestíveis, como *smartwatches*, que são capazes de coletar dados sobre o sono, como a duração, a qualidade, os estágios do sono e os padrões de movimento durante a noite. Esses dados são processados por algoritmos de inteligência artificial, que podem fornecer informações detalhadas sobre o sono do usuário, como a eficiência do sono, a quantidade de tempo gasto em cada estágio do sono e a frequência de despertares durante a noite (BANDYOPADHYAY e GOLDSTEIN, 2022).

Também, têm o potencial de identificar distúrbios do sono, como a apneia do sono e a insônia. Com o uso da inteligência artificial, é possível detectar padrões anormais nos dados de sono coletados, o que pode levar a uma intervenção precoce e ao encaminhamento para tratamento médico adequado (BANDYOPADHYAY e GOLDSTEIN, 2022).

Com base nos dados coletados pelo dispositivo vestível e analisados pelos algoritmos de inteligência artificial, é possível fornecer feedbacks personalizados aos usuários sobre seus hábitos de sono, como dicas para melhorar a qualidade do sono, e sugestões de mudanças no estilo de vida que podem ter um impacto positivo na qualidade do sono (WATSON e FERNADEZ, 2021).

No entanto, é importante considerar as questões éticas e de privacidade relacionadas ao uso da inteligência artificial no monitoramento do sono, bem como a subjetividade da experiência do sono e os contextos sociais, culturais e psicológicos que influenciam a qualidade do sono de cada pessoa (WATSON e FERNADEZ, 2021).

3.7 I.A NA SAÚDE MENTAL

A inteligência artificial está sendo cada vez mais utilizada na área de saúde mental. A IA tem sido usada em várias aplicações, como psicoterapeutas virtuais, robôs sociais no tratamento de demência e transtorno de autismo e robôs para distúrbios sexuais (FISKE, HENNINGSEN e BUYX, 2019).

Em seu artigo, Rosenfield (2020) descreve como técnicas de *machine learning* têm sido usadas para obter insights em dados psicológicos relacionados a transtornos alimentares e transtornos do espectro autista (TEA). No caso dos transtornos alimentares, descreve como essas técnicas têm sido usadas para identificar padrões em dados alimentares e comportamentais de pacientes com anorexia e bulimia. Esses padrões podem ser usados para prever e prevenir recaídas, personalizar tratamentos e monitorar a recuperação. No caso do TEA, o artigo discute como técnicas de *machine learning* têm sido usadas para identificar padrões em dados de imagem cerebral e de comportamento de pacientes com TEA. Esses padrões podem ser usados para melhorar a compreensão dos mecanismos subjacentes ao TEA e para desenvolver novas abordagens de diagnóstico e tratamento (ROSENFELD, 2020).

Murphy e Naga descrevem *Machine Learning* como uma subárea da inteligência artificial que se concentra no desenvolvimento de algoritmos e modelos estatísticos que permitem que os computadores aprendam a partir de dados, sem serem explicitamente programados para executar uma determinada tarefa.

Também usando a técnica de *Machine Learning* o autor Roy *et al.* (2020), descrevem um estudo com o intuito de prever o risco futuro de ideação suicida com base em dados de mídia social.

Com uma amostra de 3.000 usuários do Twitter que haviam discutido sobre suicídio, a *machine learning* foi treinada para identificar padrões em sua linguagem e comportamento online. Os resultados mostraram que o algoritmo foi capaz de prever com precisão quais usuários tinham maior risco de ideação suicida no futuro. É sugerido que essa abordagem pode ajudar na identificação precoce de pessoas em risco e permitir a intervenção oportuna para prevenção do suicídio. No entanto, eles alertam que é importante garantir a privacidade e segurança dos dados e que a tecnologia não deve ser usada para substituir a avaliação clínica e a intervenção humana (ROY *et al.*, 2020).

Ainda, um estudo realizado por Fitzpatrick, Darcy E Vierhile (2017) avaliou a eficácia do *Woebot*, um agente conversacional totalmente automatizado que oferece Terapia Comportamental Cognitiva (TCC) para jovens adultos com sintomas de depressão e ansiedade. Foi realizado um ensaio clínico, no qual os participantes foram aleatoriamente designados para receber a intervenção do *Woebot* ou serem colocados em um grupo controle de leitura de livros de autoajuda. Os participantes no grupo *Woebot* interagiram com a plataforma através de um aplicativo de mensagens, onde o *Woebot* usava TCC para

ajudá-los a gerenciar seus sintomas de depressão e ansiedade.

Os resultados mostraram que o grupo de intervenção do *Woebot* apresentou reduções significativas nos sintomas de depressão e ansiedade em comparação ao grupo controle. Os participantes do grupo *Woebot* também relataram altos níveis de satisfação com a intervenção e consideraram o *Woebot* uma ferramenta útil para gerenciar seus sintomas (FITZPATRICK, DARCY e VIERHILE, 2017).

O estudo sugere que o *Woebot* pode ser uma ferramenta eficaz na entrega de TCC para jovens adultos com sintomas de depressão e ansiedade, e pode ser uma alternativa acessível e conveniente para a terapia convencional. No entanto, os autores destacam que a intervenção do *Woebot* não substitui a terapia convencional com um profissional de saúde mental, e que mais pesquisas são necessárias para entender o papel e o potencial da inteligência artificial na saúde mental (FITZPATRICK, DARCY e VIERHILE, 2017).

4 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao compreender o que é inteligência artificial e seu histórico, pude perceber como ela evoluiu ao longo dos anos, desde os primeiros questionamentos de Alan Turing até os sistemas imersivos e realistas que temos hoje. Foi interessante entender as diferentes abordagens para o estudo da IA e como ela pode se assemelhar ao pensamento humano, simular comportamentos, pensar de forma racional e até mesmo apresentar comportamentos próprios.

À medida que a Inteligência Artificial (IA) se torna cada vez mais presente em nossas vidas, é inevitável que nos deparemos com uma série de questões e dilemas sobre seu uso e impacto na sociedade. A IA, com seu potencial de transformação, traz consigo tanto promessas fascinantes quanto desafios complexos que demandam uma análise cuidadosa e uma reflexão profunda.

A IA tem o poder de solucionar problemas complexos, revolucionar setores como a medicina, educação, comunicação, e até mesmo ajudar a preservar a saúde mental das pessoas. A possibilidade de alcançar novas fronteiras do conhecimento e melhorar a qualidade de vida é esperado.

Uma das áreas em que a IA tem mostrado grande potencial é na detecção precoce de doenças mentais. Por meio da análise de dados comportamentais, como padrões de sono, atividade física e interações sociais online, algoritmos de IA podem identificar sinais de alerta e indicar a necessidade de intervenção profissional. Essa detecção precoce pode ser crucial para oferecer suporte adequado e melhorar a qualidade de vida das pessoas que sofrem de doenças mentais.

Além disso, a IA pode contribuir para a personalização dos tratamentos psicológicos. Cada indivíduo é único e responde de maneira diferente às terapias convencionais. Com o uso de algoritmos de IA, é possível analisar os dados de um paciente, como histórico

médico, preferências pessoais e respostas a determinadas intervenções, e fornecer um tratamento personalizado e adaptado às necessidades específicas de cada pessoa. Isso pode resultar em melhores resultados terapêuticos e maior eficácia no cuidado da saúde mental.

Outro benefício da IA na psicologia é a disponibilidade de assistentes virtuais ou chatbots que podem fornecer apoio emocional e psicológico. Esses assistentes podem simular interações humanas, oferecendo um ambiente seguro e confidencial para que as pessoas expressem seus sentimentos e preocupações. Embora não possam substituir completamente a terapia tradicional, esses recursos podem ser uma opção acessível e conveniente para aqueles que precisam de apoio emocional imediato.

No entanto, não posso deixar de reconhecer que o uso da IA também acarreta desafios significativos. Um deles é a questão da privacidade e segurança dos dados. À medida que confiamos cada vez mais em sistemas de IA para tomar decisões e fornecer serviços personalizados, nossas informações pessoais se tornam mais vulneráveis. A proteção e o uso adequado dos dados tornam-se imperativos para garantir a confiança e a segurança dos indivíduos.

Outro ponto crucial a ser considerado é a ética no uso da IA. À medida que confiamos cada vez mais em algoritmos e sistemas automatizados para tomar decisões importantes, é fundamental garantir que essas decisões sejam justas, transparentes e não discriminatórias. Um dos pontos cruciais na discussão ética da IA é a questão da privacidade e proteção de dados. Com o crescente volume de informações coletadas e processadas pelos sistemas de IA, é essencial garantir que as pessoas tenham controle sobre seus dados pessoais e que a utilização desses dados seja realizada de maneira transparente e consentida. É necessário estabelecer regulamentações e mecanismos que protejam a privacidade dos indivíduos, evitando abusos e vazamentos de informações sensíveis.

A desigualdade social também se torna uma questão premente quando consideramos o uso da IA. Enquanto alguns têm acesso facilitado a tecnologias avançadas e se beneficiam de suas vantagens, outros podem ficar marginalizados e excluídos. A falta de acesso igualitário à IA pode ampliar as disparidades econômicas e sociais já existentes, aprofundando ainda mais a divisão digital. Portanto, é essencial buscar maneiras de garantir que a IA seja usada como uma ferramenta de empoderamento e inclusão social.

Conforme refletimos sobre o futuro da IA e seu impacto na sociedade, precisamos considerar se estamos preparados para lidar com as mudanças que ela trará. A rápida evolução da IA demanda uma adaptação tanto em nível individual quanto coletivo.

Nossa forma de educar, tanto nas escolas quanto ao longo da vida, precisa se adequar às demandas da era da IA. É essencial promover uma educação que desenvolva habilidades cognitivas, emocionais e éticas, capacitando as pessoas a interagirem de forma crítica e responsável com a tecnologia. Além disso, devemos incentivar a aprendizagem contínua e a atualização de habilidades, pois a IA continuará a evoluir e transformar os

cenários profissionais.

Além disso, na educação para o uso da IA, deve-se focar no desenvolvimento de habilidades humanas essenciais. Embora a IA possa automatizar muitas tarefas rotineiras, as habilidades exclusivamente humanas, como a criatividade, a empatia, a capacidade de resolver problemas complexos e o pensamento crítico, tornam-se ainda mais valiosas. A educação deve se concentrar em cultivar essas habilidades, preparando as pessoas para trabalhar em colaboração com sistemas de IA e maximizar seus benefícios.

É importante lembrar que a IA, por mais poderosa que seja, não deve ser vista como uma solução definitiva para todos os problemas. Ela é uma ferramenta poderosa que pode ampliar nossa capacidade de resolver desafios complexos, mas não substitui a importância da colaboração humana, da empatia e da compreensão mútua. Devemos usar a IA como um complemento, aliando-a ao nosso conhecimento e intuição, para enfrentar os desafios e construir uma sociedade mais justa e sustentável.

Em suma, o uso da IA na sociedade traz consigo uma série de reflexões profundas e complexas. É essencial que cada um de nós se envolva nesses debates, buscando compreender e discutir os impactos dessa tecnologia, para garantir que ela seja utilizada de maneira responsável, ética e equitativa, contribuindo para um futuro melhor para todos.

REFERÊNCIAS

ABD-ALRAZAQ, A. *et al.* The performance of artificial intelligence-driven technologies in diagnosing mental disorders: an umbrella review. **npj Digital Medicine**. Julho. 2022 Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00631-8>. Acesso em: 15 mar. 2023

ABUSHAWAR, B; ATWELL, E. ALICE Chatbot: Trials and Outputs. **Computación y Sistemas**. Dez. 2015. Disponível em: <https://cys.cic.ipn.mx/ojs/index.php/CyS/article/view/2326>. Acesso em: 20 mar. 2023

ADAMOPOULOU, E; MOUSIADES, L. Chatbots: History, technology, and applications. **Machine Learning with Applications**. Nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.mlwa.2020.100006>. Acesso em: 27 abr. 2023

AWS – Amazon Web Services. O que é uma rede neural? Disponível em: <https://aws.amazon.com/pt/what-is/neural-network/>. Acesso em: 28 mar. 2023.

BANDYOPADHYAY, A; GOLDSTEIN, C. Clinical applications of artificial intelligence in sleep medicine: a sleep clinician's perspective. **Sleep Breath**. Mar. 2022. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8904207/>. Acesso em: 23 mar. 2023

BENTLEY, F. *et al.* Brooke White, and Danielle Lottridge. 2018. Understanding the long-term use of smart speaker assistants. **Proc. ACM Interactive, Mobile, Wearable Ubiquitous Technol**. Set. 2018. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/3264901>. Acesso em: 21 mar. 2023

- BROWN, T. B. *et al.* Language models are few-shot learners. **NeurIPS**. Jul. 2020. Disponível em: <https://proceedings.neurips.cc/paper/2020/file/1457c0d6b6bcb4967418bfb8ac142f64a-Paper.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2023
- CERF, V. PARRY Encounters the DOCTOR. **RFC 1012**. Jan. 1973. Disponível em: <https://www.rfc-editor.org/rfc/rfc1012.txt>. Acesso em 23 mar. 2023.
- COLBY, K. M; WEBER, S; HILF, F. D. Artificial Paranoia. **Artificial Intelligence**. 1971. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0004370271900026>. Acesso em: 22 abr. 2023
- CONNER-SIMONS, A; GORDON, R. Using AI to predict breast cancer and personalize care: MIT/ MGH's image-based deep learning model can predict breast cancer up to five years in advance. **Massachusetts Institute of Technology**. Mai. 2019. Disponível em: <https://news.mit.edu/2019/using-ai-predict-breast-cancer-and-personalize-care-0507>. Acesso em 29 mar. 2023.
- CORDEIRO, A. M. *et al.* Revisão sistemática: Uma revisão narrativa. **Rev. Col. Bras. Cir.** Dez. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/rjrcbc/a/CC6NRNtP3dKLgLPwcmV6Gf/?lang=pt>. Acesso em: 05 jun. 2023.
- DUCHARME, J. Artificial Intelligence Could Help Solve America's Impending Mental Health Crisis. **TIME**. Nov. 2019a. Disponível em: <https://time.com/5727535/artificial-intelligence-psychiatry/>. Acesso em: 18 abr. 2023
- DUCHARME, J. Is Our Obsession With Health Data Making Us Crazy?. **TIME**. Mai. 2019b. Disponível em: <https://time.com/5066561/health-data-tracking-obsession/>. Acesso em: 15 abr. 2023
- DUUS, R; COORAY, M. Research reveals the dark side of wearable fitness trackers. **The Conversation**. Set. 2016. Disponível em: <https://edition.cnn.com/2016/09/01/health/dark-side-of-fitness-trackers/index.html>. Acesso em: 15 fev. 2023
- ETKIN, J. The Hidden Cost of Personal Quantification. **Journal of Consumer Research**. 2016. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2016-28946-012>. Acesso em: 22 mar. 2023
- EPLEY, N; WAYTZ, A; CACIOPPO, J. T. On seeing human: A three-factor theory of anthropomorphism. **Psychol. Rev.** Out. 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17907867/>. Acesso em: 21 mar. 2023
- FEEHAN, L. M. *et al.* Accuracy of Fitbit Devices: Systematic Review and Narrative Syntheses of Quantitative Data. **JMIR Mhealth Uhealth**. Ago. 2018. Disponível em: <https://mhealth.jmir.org/2018/8/e10527/>. Acesso em: 27 fev. 2023
- FISKE, A; HENNINGSEN, P; BUYX, A. Your Robot Therapist Will See You Now: Ethical Implications of Embodied Artificial Intelligence in Psychiatry, Psychology, and Psychotherapy. **J Med Internet Res**. Mai. 2019. Disponível em: <https://www.jmir.org/2019/5/e13216>. Acesso em: 18 abr. 2023
- FITZPATRICK, K. K; DARCY, A; VIERHILE, M. Delivering Cognitive Behavior Therapy to Young Adults With Symptoms of Depression and Anxiety Using a Fully Automated Conversational Agent (Woebot): A Randomized Controlled Trial. **JMIR mental health**. Jun. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28588005/>. Acesso em: 26 fev. 2023

- FLORIDI, L.; CHIRIATTI, M. GPT-3: Its Nature, Scope, Limits, and Consequences. **Minds & Machines**. Nov. 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11023-020-09548-1>. Acesso em: 22 abr. 2023
- GUNKEL, D. J. Communication and Artificial Intelligence: Opportunities and Challenges for the 21st Century. **Communication +1**. 2012. Disponível em: <https://scholarworks.umass.edu/cpo/vol1/iss1/1/> <https://scholarworks.umass.edu/cpo/vol1/iss1/1/>. Acesso em: 05 abr. 2023
- HOLMLUND, T. *et al.* Moving speech technology methods out of the laboratory: Practical challenges and clinical translation opportunities for psychiatry, **Schizophrenia Bulletin**. Abr. 2019. Disponível em: https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/45/Supplement_2/S129/5434791?searchresult=1. Acesso em: 30 abr. 2023
- KI, C. W; CHO, E; LEE, J. E. Can an intelligent assistant (IPA) be your friend? Para-friendship development mechanism between IPAs and their users. **Computers in Human Behavior**. Out. 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106412>. Acesso em: 22 abr. 2023
- KIRKPATRICK, L. A; SHILLITO, D. J; KELLAS, S. L. Loneliness, social support and perceived relationships with God. **Journal of Social and Personal Relationships**. Ago. 1999. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0265407599164006>. Acesso em: 15 fev. 2023
- LOPATOVSKA, I; WILLIAMS, H. Personification of the Amazon Alexa: BFF or a Mindless Companion. **CHIIR '18: Proceedings of the 2018 Conference on Human Information Interaction & Retrieval**. Mar. 2018. Disponível em: <https://sci-hub.se/https://doi.org/10.1145/3176349.3176868>. Acesso em: 27 fev. 2023
- PESTIAN, J. *et al.* Suicide Note Classification Using Natural Language Processing: A Content Analysis. **Biomed Inform Insights**. Ago. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107011/>. Acesso em: 18 mar. 2023
- PURINGTON, A. “Alexa is my new BFF”: Social roles, user satisfaction, and personification of the Amazon Echo. **CHI EA 17’**: Proceedings of the 2017 CHI Conference Extended Abstracts on Human Factors in Computing Systems. 2017. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/3027063.3053246>. Acesso em: 21 fev. 2023
- RICHENS, J.G; LEE, C. M.; JOHR, S. Improving the accuracy of medical diagnosis with causal machine learning. **Nature Communications**. 2020. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/549986100/Improving-the-accuracy-of-medical-diagnosis-with-causal-machine-learning#>. Acesso em: 27 abr. 2023
- ROOSE, K. The brilliance and weirdness of ChatGPT: A new chatbot from OpenAI is inspiring awe, fear, stunts and attempts to circumvent its guardrails. **The New York Times**. 2022. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2022/12/05/technology/chatgpt-ai-twitter.html>. Acesso em: 03 fev. 2023
- ROSENFELD, N. S. **Gaining computational insight into psychological data: Applications of machine learning with eating disorders and autism spectrum disorder**. 2020. Tese. (Ph.D. in Computational and Data Sciences) - Chapman University, Orange, CA, 2020. Disponível em: https://digitalcommons.chapman.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1014&context=cads_dissertations. Acesso em: 19 mar 2023

ROY, A. *et al.* A machine learning approach predicts future risk to suicidal ideation from social media data. **npj Digit. Med.** Mai. 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41746-020-0287-6#citeas>. Acesso em: 02 abr. 2023

RUSSELL, S; NORVIG, P. **Inteligência artificial**. Tradução: Regina Célia Simille de Macedo. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013.

RZEPKA, C; BERGER, B; HESS, T. Voice Assistant vs. Chatbot – Examining the Fit Between Conversational Agents' Interaction Modalities and Information Search Tasks. **Information Systems Frontiers**. Dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10796-021-10226-5>. Acesso em: 15 fev. 2023

SCHWAB, K. **A quarta revolução industrial**. Tradução Daniel Moreira Miranda. São Paulo: Edipro, 2016.

SHIN, J. Y; HUH-YOO, J. Designing Everyday Conversational Agents for Managing Health and Wellness: A Study of Alexa Skills Reviews. **PervasiveHealth '20**: 14th EAI International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare. Mai. 2020. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/proceedings/10.1145/3421937?tocHeading=heading2>. Acesso em: 02 abr. 2023

SHUM, H. Y., HE, X. D; LI, D. From Eliza to Xiaolce: challenges and opportunities with social chatbots. **Frontiers of Information Technology & Electronic Engineering**. Jan. 2018. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1631/FITEE.1700826>. Acesso em: 11 abr. 2023

SILVA, J. A. S.; MAIRINK, C. H. P. Inteligência artificial: aliada ou inimiga. **LIBERTAS: Rev. Ciênc. Soc. Apl.** Belo Horizonte. Ago./Dez. 2019. Disponível em: <https://famigvirtual.com.br/famig-libertas/index.php/libertas/article/view/247>. Acesso em: 02 abr. 2023

SINGH, O. P. Artificial intelligence in the era of ChatGPT - Opportunities and challenges in mental health care. **Indian Journal of Psychiatry**. Mar. 2023. Disponível em: https://journals.lww.com/indianjpsychiatry/Fulltext/2023/65030/Artificial_intelligence_in_the_era_of_ChatGPT__1.aspx. Acesso em: 26 abr. 2023

SPARKS & HONEY. Ética em inteligência artificial e o futuro da humanidade. Tradução de Carolina Walliter. **AI Ethics & Future of Humanity**. 2016. Disponível em: <https://www.scribd.com/document/626043190/Etica-Em-Inteligencia-Artificial-e-o-Futuro-Da-Humanidade#>. Acesso em: 15 mai. 2023

STEVENS, L. "Alexa, Can You Prevent Suicide?" How Amazon trains its AI to handle the most personal questions imaginable. **The Wall Street Journal**. Out. 2017. Disponível em: <https://www.wsj.com/articles/alexa-can-you-prevent-suicide-1508762311>. Acesso em: 21 mar. 2023

THOMPSON, C. May A.I. Help You? **The New York Times Magazine**. 2018.

TURK, V. Home invasion. **New Scientist**. Dez. 2016. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0262407916323181>. Acesso em: 15 jan. 2023

WATSON, N. F; FERNANDEZ, C. R. Artificial intelligence and sleep: Advancing sleep medicine. **Sleep Medicine Reviews**. Out, 2021. Disponível em: <https://sci-hub.se/10.1016/j.smr.2021.101512>. Acesso em: 23 mar. 2023

WEIZENBAUM, J. Eliza-a computer program for the study of natural language communication between man and machine. **Communications of the ACM**. Jan. 1966. Disponível em: <https://dl.acm.org/doi/10.1145/365153.365168>. Acesso em: 17 jan. 2023

ZWAKMAN, D. S; PAL, D; ARPNIKANONDT, C. Usability Evaluation of Artificial Intelligence-Based Voice Assistants: The Case of Amazon Alexa. **SN Computer Science**. Jan. 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s42979-020-00424-4>. Acesso em: 02 abr. 2023

PSICOLOGIA E DIREITOS HUMANOS: INVESTIGAÇÃO DAS AÇÕES, PROGRAMAS E PROJETOS NO ÂMBITO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL

Data de submissão 13/09/2023

Data de aceite: 02/10/2023

José Tadeu Acuna

Faculdade São Luís de Educação
Jaboticabal
<http://lattes.cnpq.br/1030046833513476>

Luciane Danielle Leone

Faculdade São Luís de Educação
Jaboticabal
<http://lattes.cnpq.br/5245461670272597>

Maria Carolina Martinez

Faculdade São Luís de Educação
Jaboticabal
<http://lattes.cnpq.br/2032947950736777>

Paula Braga Borges

Faculdade São Luís de Educação
Jaboticabal
<http://lattes.cnpq.br/2986804891002601>

Renata Ricci Garcia

Faculdade São Luís de Educação
Jaboticabal
<http://lattes.cnpq.br/8555988950936420>

Tainá Sisto Soncino de Lacerda Soares

Faculdade São Luís de Educação
Jaboticabal
<http://lattes.cnpq.br/1595799193145468>

Vinícius Costa Nalla

Faculdade São Luís de Educação
Jaboticabal

RESUMO: As políticas brasileiras de Assistência e Desenvolvimento Social têm avançado desde o primeiro quinquênio do século XX. Novas normativas e orientações foram promulgadas até a efetivação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2004. Ao longo desse tempo, a psicologia foi incorporada dentre os serviços assistenciais de suporte e recuperação de vínculo de usuários em situação de risco e vulnerabilidade social. Neste sentido, o objetivo deste trabalho apresentar o andamento de um projeto que visa proporcionar a compreensão da realidade dos serviços, programas e ações desenvolvidas pela Secretaria de Desenvolvimento e Assistência Social em um município do interior paulista, especificamente, descrever e examinar as práticas de profissionais de psicologia que atuam em contexto do SUAS. Para isso, será proposta uma pesquisa qualitativa, tendo como participantes o presidente da secretaria de Desenvolvimento e Assistência Social; Coordenadores de projetos sociais desenvolvidos nos CRAS e outras instituições parceiras da Assistência Social; profissionais de psicologia que trabalham nos CRAS e nas instituições parceiras. Com isso, será possível

reconhecer a realidade dos serviços e discutir sobre os avanços na promoção de direitos humanos a partir da Assistência Social.

PALAVRAS-CHAVE: Sistema Único de Assistência Social; Psicologia; Centro Referência de Assistência Social

PSYCHOLOGY AND HUMAN RIGHTS: INVESTIGATION OF ACTIONS, PROGRAMS, AND PROJECTS IN THE FIELD OF SOCIAL ASSISTANCE

ABSTRACT: Brazilian policies for Social Assistance and Development have been advancing since the first decade of the 20th century. New regulations and guidelines were promulgated leading to the establishment of the Unified Social Assistance System (SUAS) in 2004. Over this time, psychology has been incorporated among the assistance services aimed at supporting and restoring the bonds of users in situations of risk and social vulnerability. In this context, the aim of this work is to present the progress of a project aimed at providing an understanding of the reality of the services, programs, and actions developed by the Department of Development and Social Assistance in a municipality in the interior of São Paulo. Specifically, it seeks to describe and examine the practices of psychology professionals who work within the SUAS framework. To achieve this, a qualitative research approach will be proposed, with participants including the head of the Department of Development and Social Assistance, coordinators of social projects developed in the CRAS (Center for Social Assistance Reference) and other partner institutions of Social Assistance, and psychology professionals working in CRAS and partner institutions. This will allow us to recognize the reality of the services and discuss the advancements in promoting human rights through Social Assistance.

KEYWORDS: Unified Social Assistance System; Psychology; Center for Social Assistance Reference.

INTRODUÇÃO

Entre os anos de 1930 e 1940, no governo de Getúlio Vargas, surgiu a Assistência Social enquanto política. Na prática, as ações eram de cunho assistencialista, caritativas e de troca de favores o que significava a dependência do assistido por parte de quem ofertava recursos materiais como comida, remédio, roupas etc (DEMO, 1997). Esse tipo de dinâmica ocorria frequentemente e, segundo Demo (1997), pode ser entendida como um mecanismo de criação de dependência e de dominação de uma elite sobre grupos sociais que não dispunham de recursos para manter condições mínimas de sobrevivência.

Com a Constituição Federal de 1988, assumiu-se que a assistência social seria prestada para aqueles que necessitavam de amparo, pois suas condições de manter uma vida digna estava aquém das adequadas. É possível identificar a previsão da proteção à família, à maternidade, desde a infância até a velhice, integração ao mercado de trabalho, reinserção social da pessoa com deficiência à vida em sociedade. Apesar de se constituir um grande avanço, a década de 1990 foi considerada um período de organização e estruturação social para efetivar o previsto na Constituição Cidadã.

No ano de 1993 foi sancionada a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), nº 8.742. Conforme artigo 1º:

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é a Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto de integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas (BRASIL, 1993, s.p.).

A LOAS estabelece que o amparo proporcionado pelas ações assistenciais se configuram em dois tipos (BRASIL, 1993), a Básica, que visa acolher e atender famílias em situação de vulnerabilidade ou risco social, fortalecendo seus vínculos internos e com a comunidade a qual pertence. A Especial, compreendida como aquela de maior complexidade, pois pretende reconstruir famílias e comunidades que foram desprovidas de seus direitos. Aliado a isso, há o Benefício de Prestação Continuada (BPC), um auxílio financeiro dedicado idosos a partir dos 65 anos e pessoas com deficiência, cuja renda familiar per capita seja inferior a ½ salário-mínimo.

No Capítulo II da LOAS são explanados os princípios e finalidades fundamentais da assistência (BRASIL, 1993), como a universalização, a dignidade e o desenvolvimento da autonomia. No Capítulo III encontra-se orientações sobre a organização e gestão da assistência social, logo, ela deve ocorrer a partir de um sistema descentralizado e coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social.

Em 1998 foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social – PNAS e a primeira Norma Operacional Básica de Descentralização (BRASIL, 1999). No ano de 2004 é criado o atual Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome e atualizada a PNAS (BRASIL, 2004). No ano de 2003 ocorreu a IV Conferência Nacional de Assistência Social, nela foi discutido sobre o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e aprovada:

[...] uma nova agenda política para o reordenamento da gestão das ações descentralizadas e participativas de assistência social no Brasil. Deliberou pela implantação do SUAS, modelo de gestão para todo o território nacional, que integra os três entes federativos e objetiva consolidar um sistema descentralizado e participativo, instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, Lei Federal nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993 (BRASIL, 2006, p. 8).

Logo, a partir do ano de 2005, a assistência social passou por um novo reordenamento em suas estruturas técnicas, jurídicas e políticas com a implantação do SUAS. Sinteticamente, neste sistema há ações de caráter eventual ou permanente, planejados e executados por pessoas jurídicas do direito público, articuladas com iniciativas da sociedade cível, cujos critérios estão balizados na universalidade, integridade e equidade (BRASIL, 2006).

O público-alvo das práticas assistenciais são as pessoas em condição de vulnerabilidade social, que são aquelas cujos laços estão enfraquecidos ou até mesmos inexistentes devido a pobreza, violência, abandono, drogadição etc. Atrelado a questão da

fragilidade dos vínculos, destaca-se também a dificuldade na inserção e estabilidade no mercado de trabalho, uma vez que isso impacta diretamente na aquisição de renda familiar (BRASIL, 2006).

Neste sentido, quando as pessoas estão vulneráveis, ou seja, vivenciando situações que as enfraquecem biopsicossocialmente, elas estão suscetíveis aos fatores de risco, compreendido como contextos, momentos e relações amplificadoras desse enfraquecimento caso o sujeito não tiver condições de superar e/ou se proteger dos efeitos negativos desse ambiente e interações (BRASIL, 2006). Não obstante, é dever da assistência proporcionar retaguarda e proteção a esses indivíduos, propondo formas de fortalecê-los com vistas ao estabelecimento de uma vida saudável.

A assistência social brasileira, segundo a Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2006), tem a função de proteção social, vigilância e defesa de direitos socioassistenciais. Concorda-se com Devereux e Sabates-Wheeler (2004) que os programas e ações têm a finalidade de proteger os sujeitos de situações em que estão, ou poderão estar, as quais geram prejuízos a sua vida como um todo. Neste caso, é fundamental a transformação e conscientização dos usuários da assistência.

Por isso, entende-se que o SUAS tem como princípio básico para efetivar a PNAS a promoção dos direitos humanos segundo uma política de inclusão social (SOUSA, 2017). Apesar de existirem diversas conceituações sobre o termo inclusão social, ele é compreendido como um processo de planejamento e execução de medidas que garantem à integração de pessoas que sofrem com algum tipo de exclusão dos contextos em que estão inseridas, devido a alguma circunstância, prática social ou cultural (YANG et al., 2016). Logo, estes indivíduos encontram barreiras para participar da sociedade e usufruir de seus direitos como cidadãos.

Para garantir a autonomia, dignidade e recuperação de vínculos é prevista uma rede socioassistencial de serviços e ações intersetoriais. Destaca-se aqui o Centro de Referência da Assistência Social – CRAS, uma unidade pública estatal localizada em bairros em que há maior número de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Neste local são realizadas diversas atividades com famílias e sujeitos que moram nas proximidades, dentre elas: orientação sociofamiliar, desenvolvimento de projetos educacionais, distribuição de alimentos, transferência de renda, atendimento psicológico, encaminhamento da população local para as demais políticas públicas e sociais, possibilitando o desenvolvimento de ações intersetoriais que visem a sustentabilidade (BRASIL, 2004, p.35).

Segundo a PNAS existem programas e serviços específicos desenvolvidos nos CRAS de qualquer cidade, a saber: Programa de Atenção Integral às Famílias; Programa de Inclusão Produtiva; Centros de Convivência para Idosos; Serviços socioeducativos orientados às crianças de zero a seis anos, adolescentes na faixa etária de seis a 24 anos; Programas de incentivo ao protagonismo juvenil; Centros de informação e de educação

para o trabalho, voltados para jovens e adultos.

A atuação do profissional de Psicologia nos CRAS orbita em acolher famílias, realizar visitas domiciliares com o intuito de reconhecer os ambientes vividos pelos usuários dos serviços, atender individualmente pessoas que estejam passando por algum tipo de emergência psicológica e que necessita ser direcionado, por exemplo, ao Centros Atenção Psicossocial (CAPS), coordenar a equipe do CRAS, orientação psicossocial e trabalhos com grupos sobre situações relacionadas ao uso e abuso de álcool e drogas, violência, gravidez etc; intervenções psicoeducacionais para o desenvolvimento de comportamentos pró-ativos, saudáveis e seguros para si e para aqueles com quem interage (CREPOP, 2007).

Segundo o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP, 2007, p.23), as atividades do(a) psicólogo(a) no CRAS devem estar: “voltadas para a atenção e prevenção a situações de risco, objetivando atuar nas situações de vulnerabilidade por meio do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários e por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições pessoais e coletivas”.

Durante os últimos 20 anos, no Brasil, nota-se progressivo investimento em ações governamentais para reduzir os níveis de pobreza e ampliar o acesso das pessoas à bens e serviços com o intuito de garantir uma vida digna (SOUSA, 2017; BRASIL, 2020). Diante disso, políticas de assistência e desenvolvimento social e urbano foram elaboradas e efetivadas almejando garantir a inclusão social. Todavia, estudos como de Sousa (2017), Furlan e Souza (2013) discutem que infelizmente o que está previsto em termos de leis não condiz com o efetivado na realidade brasileira, o sistema assistencial carece de investimentos financeiros, contratação de pessoal, formação de recursos humanos para o atendimento de demandas etc.

Especificamente sobre a atuação do(a) profissional de psicologia nos CRAS, Motta e Scarparo (2013) discutem que a formação inicial do profissional de psicologia não instrumentaliza totalmente esse trabalhador para realizar o atendimento psicossocial nestes ambientes. Adicionalmente, as autoras ressaltam que a intervenção nos CRAS exige uma postura que supera o paradigma clínico, entretanto, a maioria dos cursos de graduação enfatizam a prática individualizada em detrimento da social e educacional.

Esse tipo de discussão também é articulada por Freire de Andrade e Romagnoli (2010) desde a década passada, porém, a partir de uma outra perspectiva:

A comunidade e os profissionais de outras unidades governamentais questionam a atuação do psicólogo quando este trabalha sob outra ótica, e não aceitam que o psicólogo não possa diagnosticar, fazer atendimento clínico e criticam a prática não convencional como se isso fosse o que a Psicologia tem a oferecer independentemente da realidade em que sua prática se insere. (FREIRE DE ANDRADA; ROMAGNOLI, 2010, p. 610)

Pesquisadores como Santos (2018), Azambuja e Campos (2020) discutem sobre os

impasses da atuação do profissional de psicologia na Assistência Social, pontuando que existem diversos desafios para esse trabalhador, a começar pela questão da remuneração comparada ao grande contingente de demandas a serem atendidas, o desgaste psicológico, a necessidade de contratação de outros(as) psicólogos(as), além da própria política de desmonte da Assistência Social

Frente aos problemas apontados anteriormente, interessa-se em pesquisar as políticas de assistência social e sua efetivação por meio dos serviços, ações e projetos executados junto à comunidade de uma cidade do interior paulista. Por se tratar de uma grande área de pesquisa, optou-se por examinar questões pertinentes a atuação do(a) psicólogo(a) no SUAS.

As perguntas que sustentam o presente projeto são: Quais e que tipos de programas e projetos são propostos pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em uma cidade interiorana do estado de São Paulo? Entre eles, existem ações de suporte psicológico? Quais e que tipos de intervenções são realizadas pelo profissional de Psicologia na comunidade pesquisada? Quais desafios esses profissionais encontram ao longo de sua prática?

OBJETIVOS

1) Compreender a realidade dos serviços, programas e ações desenvolvidas pela Secretaria de Desenvolvimento e Assistência Social 2) Descrever e examinar as práticas de profissionais de psicologia que atuam em contexto do SUAS.

HIPÓTESES

A primeira hipótese desta pesquisa está baseada nas discussões de Carvalho (2008), Sousa (2017), Lima (2021). Os programas e ações realizados a partir do SUAS estão fortemente fundamentados no assistencialismo. Isso significa que a prática de promoção de autonomia e preparação para o convívio em sociedade não acontece em sua totalidade, tal como previsto na PNAS.

Considerando a primeira hipótese apresentada, tem-se a expectativa que a atuação do profissional de psicologia nesses programas está fortemente baseada em um paradigma clínico e no atendimento de demandas relacionadas a saúde mental. Não obstante, intervenções educacionais, de orientação sexual e preparação para o convívio em sociedade ocupam um segundo lugar na hierarquia das práticas cotidianas.

JUSTIFICATIVA

O presente projeto se faz necessário por diferentes motivos, a começar pela questão do ineditismo, pois no município em que se propõe executar a investigação não houve

iniciativa semelhante. Logo, revelará dados importantes sobre serviços socioassistenciais, os quais poderão ser examinados e problematizados tendo em vista considerar novas ações para a efetivação da PNAS na cidade. Isso também implica na publicação e comunicação de trabalhos científicos que representa uma realidade pouco estudada.

O estudo proposto está inserido na interface entre Psicologia e Assistência Social. Essa é uma interessante área de pesquisa, pois extrapola o contexto de práticas clínicas e tradicionais da própria Psicologia, se preocupa com tópicos relacionados a organização social, políticas públicas e efetivação de leis na realidade cotidiana. Logo, as discussões a serem realizadas tem conotação crítica, cuja preocupação tangencia a promoção de Direitos Humanos, tópico de estudo extremamente importante na contemporaneidade, haja vista que nos últimos anos a Assistência Social e demais projetos sociais sofreram com uma política de desmonte, tal como apresentado em matéria (IG, 2022).

Portanto, é possível identificar contribuições sociais, científicas e políticas se esse projeto for realizado.

MÉTODO

Anterior ao início da pesquisa, ela será enviado ao comitê de ética e atenderá as orientações do CONEP (2016). Além do mais, a proposta de pesquisa será enviada à Secretaria de Desenvolvimento e Assistência Social do município em que ocorrerá, com o intuito de obter anuência, permissão para buscar e convidar os participantes da investigação.

Essa pesquisa de caráter qualitativo não pretende levantar amostras representativas do universo de sujeitos que serão solicitados a participar da investigação, bem como não se intui generalizar os resultados encontrados, mas sim, conhecer a realidade particular do objeto de análise. Cabe ressaltar, que apesar do enfoque qualitativo adotado, não se excluiu a utilização de recursos matemáticos sobre a frequência de aparição dos elementos encontrados (SAMPLIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Devido ao objetivo traçado para este trabalho, para além da abordagem qualitativa, este estudo se caracteriza, respectivamente, por ser exploratório, descritivo e explicativo. Em sua primeira característica por se tratar de uma temática pouco estudada no município; o status de descritivo deveu-se a necessidade de descrever as experiências e pontos de vista dos sujeitos da pesquisa; em decorrência do último, serão levantadas explicações sobre tais posicionamentos e opiniões dos participantes.

A investigação segue moldes de uma pesquisa não-experimental do tipo transversal, a qual não almeja transformação no ambiente e nos grupos de sujeitos que são alvos da coleta de dados. Ou seja, não há manipulação de variáveis, apenas levantamentos de opiniões solicitadas por meio do questionário.

LOCAL

A pesquisa será realizada em município de pequeno porte do interior do estado de São Paulo. Estima-se que sua população seja de 88 mil habitantes. Especificamente, os dados serão recolhidos no contexto dos CRAS, ao todo são três na cidade, e do Fundo Social de Solidariedade que estabelece parceria com outras instituições como o caso daquelas que atendem pessoas em situação de rua (Casa Transitória de Acolhimento) e com deficiência (Olhos d'alma e APAE). Cabe destacar que como a cidade não atinge os 250 mil habitantes não conta com Centro POP, lugar específico que acolhe pessoas em situação de rua.

PARTICIPANTES

Desde que aceitem em participar, espera-se entrevistar por meio de questionários: presidente da secretaria de Desenvolvimento e Assistência Social; Coordenadores de projetos sociais desenvolvidos nos CRAS e outras instituições parceiras da Assistência Social; profissionais de psicologia que trabalham nos CRAS e nas instituições parceiras. Ainda não se sabe o contingente desses funcionários, acredita-se que haja no mínimo um(a) psicólogo(a) nesses lugares.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos para a coleta de dados serão questionários com questões abertas e outras fechadas, (semiestruturados) um para cada tipo de participante (psicólogos, coordenadores e presidente da secretaria). Para a sua construção e utilização, seguiram as orientações de Triviños (1987). Dessa forma, estabeleceu-se dois tópicos que os dados coletados deveriam responder que são, processos e produtos centrados no sujeito, que consistem nos significados elaborados pelos participantes da pesquisa em relação ao que se pretende conhecer; o segundo, elementos produzidos pelo meio social e cultural do sujeito que o afetam, que são dados reguladores de suas atividades e práticas, por exemplo, a formação acadêmica dada e recebida pelos sujeitos e as diretrizes que regulam seu trabalho na instituição

Também foram seguidas as considerações de Manzini (2003), que são: adequar a linguagem evitando jargões ou frases vagas que possam causar equívocos na interpretação ou ambiguidades; elaborar perguntas claras, coesas e que levem em conta o impacto emocional que poderá ser gerado; para a realização das perguntas, construí-las em blocos temáticos que sigam um nível ascendente de dificuldade.

Estruturalmente, optou-se por construir uma página de apresentação, antes do roteiro de perguntas, a qual identificava os objetivos da pesquisa, a sua relevância social, os pesquisadores responsáveis, as seções do questionário, o termo de consentimento livre

e esclarecido (TCLE), bem como, uma apreciação da participação do respondente e o compromisso da devolutiva após a apuração dos dados.

As questões serão estruturadas em seções, sendo que cada uma delas são precedidas por um parágrafo o qual resume e explica os objetivos das perguntas que as seguem. Desta forma, tem-se: bloco de perguntas que caracterizam a amostra, por exemplo, idade, tempo de atuação etc; seção de questões sobre a formação do respondente; sobre o desenvolvimento do seu trabalho na Assistência Social; seção de questões que solicita aos participantes descreverem sobre seu trabalho cotidiano. Em anexo a este projeto consta os questionários.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Inicialmente, os pesquisadores se dirigirão pessoalmente até a Secretaria de Desenvolvimento e Assistência Social para solicitar informações sobre como deve proceder para realizar a pesquisa, com o intuito de conhecer as particularidades do contexto. Será deixado uma cópia do projeto com quem de direito para o reconhecimento da proposta. Mediante a anuência da Secretaria, será solicitada uma reunião com o Presidente da Secretaria de Desenvolvimento e Assistência Social, para que seja possível aplicar o questionário. Neste momento, será avisado que o encontro será gravado, as perguntas serão lidas e as respostas coletadas por meio de um celular com gravador de voz.

Considerando que há três CRAS no município, será decidido por conveniência a ordem para realizar a coleta. Independentemente disso, os pesquisadores se dirigirão até o local, solicitarão informações sobre a possibilidade de se realizar pesquisa no local. Após a anuência, serão agendadas reuniões com os(as) coordenadores(as) e psicólogos(as) para coletar os dados, a partir do mesmo procedimento mencionado no paragrafo anterior.

Com todos os dados reunidos, os mesmos serão descarregados em um computador de mesa e passarão pelo processo de transcrição adaptada.

PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE

Os procedimentos para a análise dos dados coletados seguirão a abordagem qualitativa que não se limita apenas à descrição e explicação dos fatos a partir do raciocínio lógico dedutivo, mas também utiliza de recursos matemáticos simples e da lógica indutiva que auxiliam na sistematização dos dados e na técnica de análise de conteúdo.

A respeito da técnica de Análise de Conteúdo, Bardin (2009), a conceitua como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens" (p. 44).

A Análise de Conteúdo pode ser caracterizada como um conjunto de técnicas flexíveis que garantem aos pesquisadores diversas formas de se utilizá-las e adaptá-las a um campo de aplicação vasto: o das comunicações. Neste sentido, onde exista conteúdos linguísticos, escritos, orais ou a outros códigos semióticos ela pode ser utilizada.

Bardin (2009), aponta que para a realização da Análise de Conteúdo é necessário seguir sistematicamente algumas etapas que são reguladas por leis: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pré-análise, consiste no momento em que o pesquisador se aproxima e organiza o material coletado definindo o *corpus* da pesquisa seguindo regras, a saber: *Exaustividade*, considera-se todo o material levantado, não realizando exclusões ou procedimentos que retire informações coletadas; *Homogeneidade*, cada grupo de participantes devem responder as mesmas perguntas, ou seja, um questionário com mesmas questões para os mesmos tipos de participantes; *Pertinência*, o conteúdo levantado deve responder aos objetivos da investigação.

Neste momento de pré-análise realiza-se a Leitura Geral do material para realizar revisão do conteúdo coletado a fim de comprovar se os objetivos da pesquisa foram contemplados com a coleta. Tomando como pressuposto que nesta fase se organiza o material levantado e, entendendo que existe um grande contingente de dados, será necessário estabelecer um sistemático procedimento de organização, haja vista, que são três tipos de questionários. Todavia, essa ação depende da realidade que os dados apresentam.

De acordo com Bardin (2009), no momento em que se organiza o material também pode-se construir hipóteses e/ou caminhos para a realização das futuras análises. A autora citada menciona que quando existem categorias previamente estabelecidas compostas por outras, denomina-se o processo de *caixa* pois tal nome é dado devido a analogia ao objeto caixa, cujo pertences são guardados em seu interior.

Ao inserir as respostas na categoria definida *a priori*, é continuado o processo de análise na fase de exploração do material em que se define o Recorte, a Enumeração e a Classificação/Agregação do material (respostas das perguntas) que compõe os eixos (categorias definidas *a priori*). O recorte consiste na definição de unidades de registro que no caso foram escolhidos palavras e/ou ideias, ou seja, por nível semântico, tal como está em negrito nas respostas anteriores. A enumeração indica como as unidades de registro serão contadas se baseando em uma hipótese, que no caso é a resposta do que se almeja saber. Neste caso, são atribuídos números a elas.

A Classificação é um procedimento em que se organiza as unidades obtidas pela enumeração levando em conta sua similitude, sendo possível classificá-las e reuni-las em categorias atribuindo um nome as mesmas. O momento de categorização deve respeitar algumas orientações de Bardin (2009) tais como a exclusão mútua, uma categoria não pode ser composta por elementos que estão inseridos em uma segunda

categoria; homogeneidade, a categoria deve ser composta por elementos com as mesmas características; pertinência, as categorias devem responder ao que se pretende conhecer; produtividade, as categorias devem ser elaboradas de modo a possibilitar a criação de hipóteses e inferências para que sejam discutidas.

A próxima fase é a de tratamento e interpretação das categorias criadas. No entanto, anteriormente a este passo é necessário elaborar hipóteses e inferências sobre as categorias construídas, para que a busca das respostas destas indagações complementem a interpretação das próprias categorias. Para a elaboração das inferências, Bardin (2009) orienta que se deve levar em consideração a mensagem e o canal de sua emissão, bem como o emissor e o receptor da mensagem.

No último momento, interpretação dos dados, utiliza-se de toda a revisão bibliográfica sobre o tema da investigação e a base teórica adotada, perspectiva sociológica, para que seja possível discutir as categorias criadas e responder as questões norteadoras da pesquisa, bem como das inferências e interpretações realizadas a partir da análise das categorias.

Para a apresentação dos dados pós processo de Análise de Conteúdo, optou-se pela descrição em formato de texto, indicando as categorias em itens, respeitando uma ordem de expressividade, do mais frequente ao menos.

RESULTADOS PRELIMINARES

O andamento da pesquisa permite reconhecer que: até o presente momento não foi realizada nenhum tipo de pesquisa no município sobre a atuação do(a) psicólogo(a) nos CRAS; o trabalho dos profissionais se baseia em orientações e processos de instrumentalização para o convívio social, entretanto, existe intensa demanda para o atendimento clínico.

A análise do cenário permite problematizar a efetivação da psicologia como Ciência comprometida com o desenvolvimento social, uma vez que nenhuma pesquisa foi realizada no município, além disso, nota-se que a representação social da atuação do(a) psicólogo(a) é majoritariamente clínica. Entende-se que este contexto aponta para discussões atuais e necessárias: superar a tradição clínica e a importância de uma atuação crítica e comprometida com a promoção de direitos humanos.

PROPOSTA DE FUTURAS DISCUSSÕES

A despeito das virtudes inerentes à abordagem clínica tradicional, é imperativo suscitar indagações quanto à sua eficácia e pertinência no contexto do âmbito de assistência social. O presente escrito delibera acerca das limitações da abordagem clínica em relação ao domínio da Assistência Social, tópicos estes que serão meticulosamente expandidos ao

longo da progressão deste trabalho.

1) Individualização dos Problemas: A intervenção clínica frequentemente direciona seu enfoque primordial para o indivíduo, desconSIDERANDO a influência dos contextos sociais, políticos e econômicos que moldam as circunstâncias de vida das pessoas. Tal abordagem negligencia as disparidades sociais e as dinâmicas de poder que permeiam a tessitura da sociedade.

2) Medicalização dos Problemas Sociais: A tendência à medicalização de questões sociais multifacetadas pode resultar em uma compreensão excessivamente simplista dos desafios enfrentados pelos sujeitos. Ao atribuir diagnósticos e prescrever intervenções individuais, a abordagem clínica omite a análise das causas estruturais subjacentes aos problemas em questão.

3) Preservação do Status Quo: A intervenção clínica, por vezes, se circunscreve à mitigação do sofrimento individual, sem questionar as raízes dos problemas sociais. Isso pode contribuir para a perpetuação das estruturas opressivas e a manutenção da desigualdade social.

À GUIZA DE CONCLUSÃO

A atuação clínica na assistência social precisa ser objeto de reflexão crítica. A abordagem tradicional, ao individualizar e medicalizar os problemas, não é suficiente para enfrentar as complexidades e desigualdades presentes na sociedade. A promoção de práticas críticas, de conscientização e humanização se apresenta como uma alternativa mais efetiva e transformadora. Ao considerar os determinantes sociais, empoderar os indivíduos e focar a dimensão coletiva, é possível construir uma assistência social mais justa, inclusiva e emancipatória.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. F. de; ROMAGNOLIS, R. C. O Psicólogo no CRAS: uma cartografia dos territórios subjetivos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, p. 604-619, 2010.

AZAMBUJA, M.; CAMPOS, H. R. **Políticas sociais, formação e atuação do psicólogo**. ABRAPSO Editora, Rio Grande do Sul, 220p. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições, v.70, 2009.

BRASIL. **Lei Orgânica de Assistência Social: LOAS**. Brasília, 1993.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social**. Brasília: MPAS, Secretaria de Estado de Assistência Social, 1999.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência social**. Brasília-DF. 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS** - NOB-RH/SUAS. Brasília: MDS, 2006.

_____. **Legislação sobre a Assistência Social**. Câmara Edições. 2020.

CARVALHO G.F. **A Assistência Social no Brasil: Da Caridade ao Direito**. PUC:RJ. 2008. Disponível em <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/11992/11992.PDF>. Acesso em 29.fev.2020.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS. CREPOP. **Referências Técnicas para atuação do/a Psicólogo/a no CRAS/SUAS**. 2007. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2007/08/cartilha_crepop_cras_suas.pdf.

CONEP. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. **Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2016

DEMO, P. **Educar pela pesquisa**. Campinas, SP: Autores Associados, 1997.

DEVEREUX, S; SABATES-WHEELER, R. Transformative social protection. **IDS Working Paper**, v.1, n. 232, 2004.

IG. ECONOMIA. **Governo corta 95% da verba dos centros de assistência para o Auxílio**. 2022. Disponível em: <https://economia.ig.com.br/2022-09-06/governo-corta-verba-centro-assistencia-auxilio-brasil.html>. Acesso em 17.nov.2022.

LIMA, D. S. As percepções do usuário referente aos serviços ofertados no âmbito do Creas: perspectiva de garantia de direitos ou de assistencialismo? **Humanidades em Perspectivas**, v. 5, n. 11, p. 89-93, 2021.

MOTTA, R. F; SCARPARO, H. B. K. A psicologia na assistência social: transitar, travessia. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, p.230-239, 2013.

SANTOS, T. M. dos. O trabalho do psicólogo no Cras: diferentes formas de cuidar. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 13, n. 1, p. 1-11, 2018.

SOUSA, A. M. D. **Política de assistência social - o SUAS - como processo de inclusão e proteção social Estudo de caso do município de Vitória da Conquista Bahia – Brasil**. 419f. 2017. Tese (Doutorado em o programa de doutorado em Geografia e Planificação Territorial e Gestão Ambiental). Faculdade de Barcelona. 2017.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

YANG, W. et al. **Leaving no one behind: The imperative of inclusive development**. United Nations Division for Social Policy and Development (DSPD) and the Chronic Poverty Advisory Network (CPAN). 2016.

TRIAGEM NA CEPSI: IDENTIFICANDO HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

Data de aceite: 02/10/2023

Maria Eduarda Queiroz Rossi

Discente do Curso Psicologia, Nível V
2022/1- Faculdade IDEAU – Passo Fundo/
RS.

Heloísa Muneron Volpi

Discente do Curso Psicologia, Nível V
2022/1- Faculdade IDEAU – Passo Fundo/
RS.

Letícia Christ Haefliger

Discente do Curso Psicologia, Nível V
2022/1- Faculdade IDEAU – Passo Fundo/
RS.

Rodrigo Santos Barcelos de Souza

Discente do Curso Psicologia, Nível V
2022/1- Faculdade IDEAU – Passo Fundo/
RS.

Sedines Ferreira

Discente do Curso Psicologia, Nível V
2022/1- Faculdade IDEAU – Passo Fundo/
RS.

Luciana Ferreira

Discente do Curso Psicologia, Nível V
2022/1- Faculdade IDEAU – Passo Fundo/
RS.

RESUMO: Dentre as práticas psicológicas encontra-se a aplicação de instrumentos psicológicos que visam investigar o comportamento humano através do estabelecimento de um relacionamento interpessoal entre terapeuta e paciente. Para construção do presente trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica com a pretensão de conhecer na literatura como se dá o processo de triagem e o levantamento de hipóteses diagnósticas, bem como, a partir da prática de atendimentos, realizar a integração de informações decorrentes da triagem e aplicação de instrumentos, a fim de fornecer uma devolutiva ao paciente atendido. Utilizaram-se pensamentos e ideias de autores, buscaram-se orientações em resoluções desenvolvidas pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e realizaram-se consultas ao Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI), a fim de verificar a qualidade técnico-científica de instrumentos psicológicos antes de aplicá-los.

PALAVRAS-CHAVE: Instrumentos psicológicos; Psicodiagnóstico; Triagem.

ABSTRACT: Among the psychological practices is the application of psychological instruments that aim to investigate human

behavior through the establishment of an interpersonal relationship between therapist and patient. For the construction of the present work, a bibliographical research was carried out with the intention of knowing in the literature how the screening process and the survey of diagnostic hypotheses takes place, as well as, from the practice of care, to carry out the integration of information resulting from the screening and application of instruments, in order to provide a feedback to the patient. Authors' thoughts and ideas were used, guidelines were sought in resolutions developed by the Federal Council of Psychology (CFP) and consultations were carried out with the Psychological Test Assessment System (SATEPSI), in order to verify the technical-scientific quality of psychological instruments before applying them.

KEYWORDS: Psychological instruments; Psychodiagnosis; Screening.

1 | CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Segundo as pesquisas realizadas em artigos científicos, hipóteses diagnósticas e os diagnósticos, constituem um processo complexo no qual incluem as avaliações psicológicas, que podem ser utilizadas em uma pessoa ou em grupo. As hipóteses coletadas de avaliações podem fazer referências ao funcionamento intelectual, características de personalidade, talento ou qualquer outra tarefa complementar.

Para fins de diagnósticos, a avaliação psicológica vem se tornando uma prática muito comum em nosso país, no Brasil houve um aumento bem relativo na procura de atendimentos com a intenção de um psicodiagnóstico, vindo a ser superada por críticas e usando-as como inspiração para mais pesquisas, serem desenvolvidas mais técnicas e práticas que contribuem para o enriquecimento científico e profissional da Psicologia, sendo a mesma incluída na própria Lei Federal nº 4.119 (1962). Mas é de suma importância ter uma formação básica na área, podendo assim trabalhar com eficiência e qualidade como psicólogo para poder aplicar essas avaliações ou testes.

Os testes são iniciados através da triagem onde se vê a necessidade de encaminhamento ao psicólogo. Importante ressaltar a diferença entre a avaliação psicológica e testagem psicológica, a avaliação é a coleta de dados por meio de instrumentos como testes, observação, estudo de casos, ou seja, tomar uma decisão por meio de instrumentos de avaliação. A testagem psicológica por sua vez, consiste em uma natureza numérica, uma bateria de testes tomando alguma medida. O processo de avaliação psicológica segue como base na Resolução nº 9, de 25 de abril de 2018, como também o manual DSM-5, testes psicológicos com parecer favorável no SATEPSI.

O presente artigo tem como objetivo identificar hipóteses diagnósticas através de entrevistas clínicas, onde se desenvolve a prática elencando com a teoria, aprendendo a aplicação da anamnese e elaboração de um diagnóstico com base na demanda do paciente.

2 | DESENVOLVIMENTO

O principal objetivo de uma triagem psicológica é realizar uma compreensão inicial do sofrimento apresentado pelo indivíduo, que procura alguma forma de alívio para o mesmo, possibilitando assim a elaboração de hipóteses diagnósticas, bem como a sugestão de caminhos investigativos para a escolha do encaminhamento mais apropriado.

2.1 Identificar as etapas da entrevista psicológica

As avaliações psicológicas detectam as aptidões humanas, as quais compreendem desde a capacidade cognitiva e características emocionais, até a personalidade do indivíduo, sendo aplicadas na maioria das áreas da psicologia, em especial na clínica e na organizacional, buscando descobrir por meio de instrumentos os vários processos psicológicos que compreendem o indivíduo, servindo como guia e orientação sobre qual conteúdo deve ser avaliado com outros procedimentos, extraindo informações dos diagnósticos e de qualquer tipo de intervenção.

Suas técnicas se afirmam pela eficácia de investigar o comportamento humano com determinado propósito, que se inicia com relacionamento interpessoal entre terapeuta e paciente(s), onde um roga ajuda, e o outro se dispõe, a oferecê-la, elaborando assim as primeiras impressões, hipóteses e diagnósticos que são obtidos através de entrevistas. Para Gil (1999) a entrevista é uma técnica única nas mãos do investigador, pois permite que ele formule perguntas e obtenha respostas para o que lhe interessa na pesquisa.

Na primeira entrevista, chamada de entrevista diagnóstica, o psicólogo realiza a coleta de dados pessoais e os relaciona com as informações trazidas pelo paciente, a fim de coletar dados para uma futura avaliação. Conforme Tavares (2002), os variados processos de entrevista têm em comum o objetivo de avaliar para fazer algum tipo de recomendação, diagnóstica ou terapêutica. A entrevista, como ponto de contato inicial, é decisiva para o desenvolvimento de uma relação de cooperação.

Essa entrevista pode se constituir de três formas (estruturada, não estruturada e semi-estruturada). Segundo Ros (2009), na entrevista estruturada “as perguntas, as respostas e a sequência de aplicação da entrevista são predeterminadas”, já na entrevista semi estruturada “o entrevistador trabalha com uma série de perguntas abertas pré-estabelecidas”, e por fim, segundo a mesma autora, na entrevista não estruturada o entrevistador “tem a total liberdade para explorar as áreas que considere mais importantes”. Depois de ter realizado a entrevista o psicólogo vai selecionar quais os instrumentos, quais os testes e quais as técnicas que irá utilizar para poder confirmar as hipóteses que foi levantada durante a entrevista e assim fazer o diagnóstico final.

Logo depois o terapeuta irá começar a montar a síntese diagnóstica, pois já entendeu a situação do paciente, e então antes de emitir o laudo para quem o solicitou, é preciso que o profissional realize ainda a chamada “entrevista devolutiva”, para expor ao paciente quais foram as conclusões obtidas por ele. Embora possa existir a necessidade de algo

positivo na busca do conhecimento sobre a estrutura de um fenômeno psicológico, esses não podem ser considerados, segundo Cruz (2002).

O conselho federal de psicologia conta agora com a nova resolução 004 de 2019 que substitui a 007 de 2013, e traz mudanças a respeito da elaboração de documentos técnicos, além de novos conceitos sobre avaliação psicológica. A presente Resolução avança ao separar os documentos que são provenientes de avaliação psicológica de outros relativos às diversas formas de atuação do psicólogo, ao estabelecer o Relatório Multiprofissional e, também, ao regulamentar aspectos referentes ao destino e envio de documentos e fatores relacionados à entrevista devolutiva.

2.2 Aplicar instrumentos para avaliar sinais e sintomas decorrentes de condições psicopatológicas

O diagnóstico psicopatológico é um processo essencial durante a prática clínica psicológica, uma vez que este apresenta de maneira precisa as informações trazidas pelo paciente, desta forma torna-se mais fácil a compreensão adequada do profissional diante da queixa vivenciada pelo paciente. De acordo com a visão de Pereira (2007) o diagnóstico psiquiátrico, além de um instrumento técnico com usos e limites específicos, constitui um elemento organizador do imaginário do indivíduo e de sua identidade.

O processo de triagem é a etapa primária do atendimento e tem como intuito realizar uma avaliação inicial da presente demanda para que seja possível buscar esclarecimento diagnóstico, e definir o encaminhamento correto para o caso. De acordo com a visão de Maffini e Cassel (2020, p. 4), a triagem envolve entrevistas semiestruturadas, sendo assim, o entrevistador tem clareza de seus objetivos e a partir do relato do examinando, este pode ir aprofundando questões que percebe que possuem maior importância.

Para o profissional, o processo da triagem é um momento para conhecer o seu paciente e a sua demanda, já para o paciente o processo pode ser algo novo. Desta forma, é necessário que o psicólogo crie condições de acolhimento, sabendo diferenciar momentos de fala e momentos de escuta, assim como, estar preparado para trabalhar com comportamentos de agressividade e choro, por exemplo. Maravieski e Serralta (2011), afirmam que o caráter interventivo de uma triagem constitui-se na realização de um acolhimento inicial, na investigação do motivo da consulta, no levantamento de hipóteses diagnósticas e na decisão do encaminhamento.

O paciente precisa sentir-se acolhido e estabelecer um vínculo de confiança com o profissional, para que prossiga com o processo e a busca por ajuda. Como afirma Ancona-Lopez, 2005, p. 244:

As entrevistas de triagem, pensadas como um processo interventivo, propõem que o psicólogo se coloque disponível às diferentes demandas, procurando transformar estes encontros em um processo que dê ao cliente a oportunidade de engajar-se no seu próprio atendimento, tornando-se responsável pelo seu problema e avaliando com ele qual o alcance de uma intervenção imediata ou

quais as possibilidades de encaminhamento, evitando a postura tradicional de ignorar as intervenções possíveis e enviar o cliente para a psicoterapia, desconhecendo suas necessidades.

Já o processo de avaliação em si, o qual é visto por Primi (2018, p. 88) como “um método sistemático de obter informações sobre o comportamento das pessoas”, terá início com a realização da anamnese, a qual será realizada com o próprio paciente, e terá o objetivo de levantar aspectos do desenvolvimento e da história do examinando, a fim de relacioná-los com a queixa do mesmo.

2.3 Realizar a devolutiva aos clientes atendidos

De forma a concluir o processo com o paciente, o comunicamos dos resultados obtidos através da sessão de devolução da avaliação, onde nesta é indicado novos encaminhamentos e sugestões de propostas a soluções. Na sessão de devolutiva, os terapeutas que estão avaliando relatam ao paciente e/ou responsáveis os resultados que foram alcançados. Os terapeutas podem aproveitar este momento para confirmar os achados do processo avaliativo e também levantar possíveis informações a serem pertinentes. Cabe ao profissional denominar e esclarecer os sintomas, localizando-os dentro das condições apropriadas (Albornoz, 2016, p. 164-165).

Um ponto importante na sessão onde se fará a devolutiva, é permitir que o paciente se expresse de forma livre os seus sentimentos em relação às conclusões e tópicos abordados pelos terapeutas, assim o terapeuta pode observar e avaliar a reação do paciente frente a essas recomendações. E mesmo nessa fase final das sessões, sempre se mantém um aspecto avaliativo, podendo ter a oportunidade de verificar as atitudes do sujeito em relação ao seu desejo de recusar ou seguir as recomendações e apontamentos relatados durante a devolutiva. Contudo, ‘deve-se compreender as interações constantes e multidirecionais entre indivíduo, seus vários subsistemas e seu meio ambiente’ (HUTZ, 2016, p. 160).

Deve-se ajudar o paciente a entender as recomendações e pontos relatados, auxiliando-o a evitar distorções ou fantasias que o levam a ter um esclarecimento contrário em relação às suas necessidades. Desta forma, a devolutiva pode ser de uma forma simples, recorrendo ao motivo que o levou a procurar auxílio, sendo atendido de forma terapêutica, a ponto de sentir-se confortável e desejar agendar mais sessões. Resumidamente falando, é considerado como uma entrevista do final do processo de atendimento (Ocampo & Arzeno, 2009, p. 17-20).

2.4 Identificar sintomatologias a fim de realizar uma hipótese diagnóstica

O objetivo do diagnóstico clínico é obter o verdadeiro resultado em prol do tratamento do paciente, mas nem sempre é o que acontece, seguindo um método hipotético-dedutivo (Neto, 1998), onde esse método se baseia em apenas analisar e dar o diagnóstico, coletando todos os dados e analisando-os em uma única vez, sem um embasamento e

conhecimento da sintomatologia, apresentando apenas hipóteses sendo assim, menos eficiente do que seguir a Resolução nº 9, de 25 de abril de 2018, onde se estabelece normas para a realização de Avaliação Psicológica conduzindo de forma ética e escuta empática, através de testes psicológicos avaliados se estão adeptos para aplicação no site SATEPSI, bem como, seguir o manual DSM-5 focado nos transtornos mentais e psicopatologias.

É importante seguir a hipótese diagnóstica conforme as normas e sigilo do psicólogo, mas vale ressaltar que cada paciente tem sua história de vida, traumas, percepções e cultura, fazendo com que cada caso seja individualizado. Por isso é interessante alencar as sessões e hipóteses com os testes psicológicos tais como, em um adulto com uma demanda de transtorno de bipolaridade aplicar teste de Bateria Fatorial de Personalidade (BFP), do qual avalia a personalidade a partir dos Cinco Grandes Fatores, Extroversão, Socialização, Realização, Neuroticismo e Abertura a experiências (GIANNINI 2017, p.15).

Seguindo a linha de raciocínio onde existe um problema clínico, feito a hipótese diagnóstica, e a aplicabilidade dos testes psicológicos de acordo com a demanda, vale dar ênfase para o paciente busque também fazer exames de sangue, bem como o auxílio de avaliação neurológica quando necessário, para descartar a hipótese e contribuir para o diagnóstico. Tendo em vista mudança de hábitos de saúde, prezando por um melhor estilo de vida, segundo Rossaneis (2015), longas jornadas de trabalho podem causar maus hábitos de vida ficando mais fácil o aparecimento de doenças.

3 | MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa foi realizada em um estudo de caso de natureza aplicada, com o objetivo exploratório e descritivo e a análise dos dados foi realizada através do senso crítico e reflexivo. O estudo de caso consiste em um método de abordagem de investigação em ciências sociais, utilizando métodos qualitativos absorvendo informações (FREITAS, 2011).

O estudo se deu a partir de um processo de triagem com o intuito de identificar hipóteses diagnósticas. Participou do estudo uma mulher que se encontra na fase do ciclo vital da vida adulta intermediária, de 56 anos. Os atendimentos foram realizados na Clínica Escola de Psicologia (CEPsi) localizada na região norte do Rio Grande do Sul. Os atendimentos foram realizados por um terapeuta e um co-terapeuta, para a melhor e mais fácil compreensão e estudo da presente demanda.

Foram realizadas duas sessões de triagem com a paciente. Na primeira sessão, foi disponibilizado a ela o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para assinar, reconhecendo a finalidade da pesquisa, aceitando contribuir com suas experiências e manifestando sua anuência à participação da pesquisa. Segundo Beauchamp e Childress (2002) o processo de consentimento livre e esclarecido torna-se efetivo quando o paciente fica livre de qualquer influência por parte de outros em suas decisões. Sendo necessário

assim o fornecimento de informação por meio dos profissionais, a compreensão, a voluntariedade e o consentimento do paciente.

O levantamento de perguntas relacionadas com os motivos da consulta e definição das hipóteses iniciais e dos objetivos do exame (isso pode ser relacionado como uma investigação científica), toda investigação científica parte de perguntas relacionadas com o motivo de realizar a investigação. De acordo com Ocampo e Arzeno (2009) a entrevista inicial se caracteriza como uma entrevista semidirigida, é a forma como o paciente constrói seu quadro de informações, e é a partir desse contato que o avaliador terá o conhecimento da queixa ou do problema trazido para a avaliação, focando nas áreas principais da vida, social, familiar, educacional/laboral.

Logo depois de ter feito isso o (a) psicólogo (a) irá, planejar e avaliar as informações contidas nesse meio de tempo de consulta com o indivíduo. Segundo Cunha (2000), o psicodiagnóstico compreende várias etapas que envolvem a entrevista inicial, os testes e por último a entrevista devolutiva.

4 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de triagem é a etapa inicial de um atendimento e tem como intuito realizar uma avaliação inicial da demanda apresentada pelo paciente, para que seja possível buscar esclarecimento diagnóstico, e definir o encaminhamento correto para o caso. Maffini e Cassel (2020, p. 5), afirmam que “para que este processo ocorra de forma fluida, destaca-se a necessidade do psicoterapeuta não se prender a um roteiro rígido, estruturado”, pois pode delimitar o aprofundamento de possíveis questões relevantes, bem como estabelecimento do vínculo terapêutico.

Com base nas leituras e informações trazidas por escritores, identificou-se na prática o processo de triagem na Clínica Escola de Psicologia (CEPsi) da faculdade IDEAU, sendo o processo composto por dois encontros. Seguindo os protocolos éticos ao mencionar a paciente utilizou-se o nome fictício de Ana e para os demais familiares utilizou-se as iniciais de seus nomes.

4.1 Primeiro atendimento

Seguindo os protocolos de atendimento no processo de triagem, a primeira sessão iniciou com o acolhimento e escuta por parte do terapeuta em relação às questões trazidas pela paciente durante a entrevista inicial regida pela ficha de anamnese. Através da ficha de anamnese o psicólogo passa a ter a visão de aspectos emocionais do paciente, vínculos estabelecidos, situações vivenciadas, relacionamentos familiares, etc. A anamnese é uma das peças fundamentais para se ter conhecimento em relação a informações do passado, e do presente do sujeito, juntamente às variáveis existentes em seu meio (SAMPAIO, 2010, p. 143).

Ana possui 56 anos, encontra-se na fase da vida adulta intermediária, é divorciada e reside em uma cidade interiorana do norte do Rio Grande do Sul. Decidiu procurar ajuda por conta de sua queixa principal, o luto pela morte dos pais. Veio acompanhada por um amigo, de inicial L, o qual ela intitula como o seu “anjo da guarda” pois é a única pessoa que está ao seu lado a todo momento e boa parte do tempo estão na mesma residência.

O processo de luto se caracteriza pela perda de um elo significativo entre as pessoas, causado pela morte. Elizabeth Kübler-Ross, em seu livro “Sobre a morte e morrer” de 1969, definiu este processo como tendo cinco estágios: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, porém, nem sempre estas etapas seguem exatamente esta ordem. Segundo Parkes (1998), o luto normal é uma resposta saudável a uma situação estressante, que é a perda significativa de um ente querido, implicando na capacidade de expressar a dor.

Durante a sessão, Ana relatou sentir-se muito sozinha após o falecimento dos pais, seu pai de inicial S, era ex-militar e foi diagnosticado com câncer no estômago, vindo a falecer no ano de 2020 aos seus 89 anos. Sua mãe, de inicial N, faleceu no ano de 2021 aos 93 anos.

Ana trouxe para a sessão aspectos que a faziam lembrar de seus pais, segundo ela, S seguia carreira militar, por isso a família nunca teve problemas financeiros, era muito rigoroso com seus filhos e não demonstrava sentimento nenhum por ela, trouxe como exemplo, que quando criança beijava seu pai e ele limpava o rosto onde ela havia beijado, “eu sentia amor de filha e queria ser correspondida de igual forma”. Por sua vez, a mãe mostrava-se o oposto do marido, era superprotetora e sempre estava preocupada com os filhos, além de nunca questionar ou contrariar seu marido, Ana acreditava que N tinha medo de S.

A família era composta por nove pessoas, sendo elas seus pais, os seis irmãos e Ana, caçula da família. Mas, apesar da família ser grande, após o falecimento dos pais, os irmãos se distanciaram e não mantém contato, a não ser com questões relacionadas ao inventário dos pais, e por isso, Ana diz se sentir muito sozinha, porém diz também que prefere que seja assim.

Além das características do luto, as quais segundo Mendlowicz (2000), são “diminuição da auto-estima, acompanhada de intensas auto-acusações, podendo culminar até mesmo numa expectativa delirante de punição”, onde nesse caso estavam muito presentes em Ana questões relacionadas à culpa, por sentir-se aliviada após a morte de S. A partir de perguntas mais objetivas, Ana trouxe à tona um segredo no qual só o seu psiquiatra e a sua irmã sabiam, conta que quando criança foi assediada por seu pai de diversas formas, durante a fala chorava bastante e transmitia sentimentos de medo e insegurança. Relatou também, que mesmo depois de adulta e já casada, seu pai ainda tentava tocá-la e ela não reagia pois sentia um amor muito grande por ele e não queria lhe fazer mal. Disse não sentir prazer sexual enquanto casada e nem em relações com outros parceiros após o divórcio.

Aos 33 anos, descreveu ter sido diagnosticada com síndrome do pânico e anorexia nervosa, os quais caracterizam-se, respectivamente segundo Salum *et al.* (2009) e Sá (2012) como “ataques de pânico recorrentes que consistem em uma sensação de medo ou mal-estar intenso acompanhada de sintomas físicos e cognitivos” e “restrição alimentar severa e voluntária que conduz a uma perda de peso acentuada”. Naquele período disse não se alimentar bem e que em consequência da má alimentação perdeu muitos quilos em pouco espaço de tempo, o que a fazia sentir-se feia. A partir deste diagnóstico sempre fez uso de muitos remédios ansiolíticos, como: Alprazolam, Selozok e Fluoxetina.

Disse já ter ido em muitos psicólogos e psiquiatras, mas que nunca permaneceu definitivamente com algum profissional. Nas suas consultas com psiquiatras, além de ser diagnosticada com síndrome do pânico e anorexia nervosa, já foi diagnosticada com depressão, ansiedade e transtorno de borderline.

Atualmente relata que sua rotina é limpar a casa, comer, assistir novela e dormir, disse não ter problemas para dormir e que acorda cedo. Afirmou não fazer nada além disso, pois não gosta de sair de casa e não pratica nenhuma atividade de recreação. Sai de casa somente por necessidade, como para fazer compras no mercado e em lojas de roupas, pois sente medo de ter crises de ansiedade e não saber o que fazer. Contou que isso ocorre frequentemente, trazendo como exemplo uma situação que aconteceu em um supermercado, onde a atendente estava demorando muito para passar suas mercadorias, neste momento sentiu-se ansiosa, com as mãos amortecidas e as pernas fracas, saiu correndo do supermercado e deixou todas as compras para trás.

Ana mostra-se uma mulher vaidosa, bem vestida e inquieta, durante a sessão trocou a posição que estava sentada diversas vezes, cruzava e descruzava as pernas, passava as mãos no rosto e nos cabelos, acariciava e apertava os seios em alguns momentos da sessão e tentava de certa forma seduzir com movimentos com os lábios e dedos, ao fim da sessão, tirou seu calçado e meia, começando a fazer movimentos intensos e repetitivos em seu pé, relatando ter esse comportamento constantemente, onde coçava algumas partes do corpo e sem perceber o repetia até sangrar.

Informou que queria muito que tudo isso melhorasse e que não iria desistir de tentar viver uma vida melhor, pois tentava ter controle e não deixava de tomar seus remédios, mesmo estando com a sensação de estar dopada quase 24 horas por dia, frase dita pela própria paciente.

4.2 Segundo atendimento

No início da segunda sessão comentou-se sobre a rotina de Ana naquela semana, onde a paciente relatou estar sempre “na mesma”, mas que tentou ir comprar chocolates para seu sobrinho e chegando no mercado viu a fila grande e voltou por não ter paciência de esperar e medo da ansiedade. Em seguida trouxe que fez as unhas, demonstrando pequenos atos positivos de autocuidado sobre si mesma, enfatizando a importância de

fazer pequenas coisas que gostava para seu próprio bem.

Após realizar um feedback da sessão anterior, trazendo pontos sobre o que foi conversado, a paciente salientou o amor diferente que o pai tinha por ela várias vezes, e relatou também sobre momentos da infância com a mãe, comentando fazer um ano do falecimento dela, e dois anos do falecimento do pai, falando de suas crenças, onde contou nunca ter rezado por eles, mas lendo as passagens da Bíblia para se acalmar, aparentando não ter sofrido o luto na época.

Segundo Ramos (2016) perder algum membro da família pode influenciar e desestruturar todo o contexto familiar, em um funcionamento saudável na família auxilia o processo de luto tendo uma rede de apoio para seguir em frente. Na fala de Ana percebe-se que após a perda a família se desestruturou, fazendo com que seu quadro de depressão e ansiedade piorasse.

Enquanto falava de seus pais encheu os olhos de lágrimas, mudando o foco para seu relacionamento com seus irmãos ser ruim, trazendo na sessão que se considera uma mulher forte e independente onde sempre tentou ajudar todos eles, mas que nunca foi retribuída e acha que os irmãos tem "ódio" dela após a morte dos pais. Também relata que tentou contato com uma irmã mandando uma mensagem de texto no Natal, a qual nunca foi respondida, e ao ser questionada como se sentia em relação a isso, relatou estar feliz com um sentimento de perdão, onde enfatizou que nem todas as decisões cabem somente a si, e o quão importante foi ela ter ao menos tentado contato, feito a sua parte.

Ao perguntar a Ana como ela se descrevia, a mesma afirma ser uma pessoa correta nas questões financeiras, detalhista e perfeccionista, tendo um enorme desejo de melhorar da doença, fala trazida pela própria paciente, e viajar mais, trazendo na sessão que o episódio mais feliz de sua vida foi quando estava visitando sua irmã no Rio de Janeiro e conhecendo as praias.

A busca pelo prazer da vida se enfatiza em pequenos gestos diários consigo mesmo, desde condições de higiene, saúde, alimentação, contato social e autocuidado. Neta, Silva e Silva (2015) analisaram que o autocuidado contribui para lidar com situações de estresse, crises ou vulnerabilidades, assim como o caso de Ana, onde em uma pequena triagem atingiu-se objetivos positivos, fazendo-a ver motivos para não desistir de si mesma e para buscar auxílio psicológico.

A triagem foi finalizada explicando o porquê de não dar a sequência no atendimento, pois ao se dar a sequência caracteriza-se em terapia, e assim como falado na primeira sessão, o objetivo era conhecê-la e entender o porquê da busca por atendimento psicológico, possibilitando um atendimento futuro por estagiários da CEPsi. Foi enfatizada também a importância da sua presença nas duas sessões, e a importância dela continuar com tratamento psicológico, bem como ter autocuidados, voltando a fazer aos poucos as coisas que gostava, como por exemplo viajar e fazer as unhas, buscando uma melhora no seu quadro de ansiedade.

5 | CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pode-se perceber no decorrer da pesquisa que o processo de triagem se caracterizou sendo a etapa inicial do atendimento, tendo como objetivo a realização de uma avaliação inicial da demanda apresentada pelo paciente, para que fosse possível buscar esclarecimento diagnóstico, e definir o encaminhamento correto para o caso. Além disso, entendeu-se que mesmo sendo a etapa inicial dos atendimentos se faz necessário que o terapeuta proporcione um ambiente acolhedor para seu paciente, para que seja possível o estabelecimento de um vínculo de confiança entre eles.

Através da triagem feita com a paciente, pode-se chegar a algumas conclusões, sendo elas relacionadas a conduta do terapeuta, uma vez que, esta deve ser feita corretamente para que contribua com a melhora e o progresso do paciente. Analisando todas as etapas que compõem o presente trabalho e os resultados por ele obtidos, pode-se considerar que os objetivos foram atingidos por completo, a partir da utilização de métodos e técnicas que favorecessem a coleta de informações sobre a demanda do paciente para que com empatia pudéssemos entender o caso e auxiliá-lo de forma positiva, além de que, a partir disso aprimorarmos nossas habilidades de forma prática.

Conclui-se ao ressaltar a suma importância de o profissional trazer para as sessões somente informações relevantes que qualifiquem o caso, pois é necessário que o tratamento seja realizado de maneira singular de modo a atender as demandas do indivíduo.

REFERÊNCIAS

ALBORNOZ, A. C. G. Devolução das informações do psicodiagnóstico. In: HUTZ, C. S.; et al. **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre: Artmed, 2016, p. 287-307.

ALMEIDA, Nemésio Vieira de; TAVARES. **A entrevista psicológica como um processo dinâmico e criativo**: Avaliação psicológica. 2002.

Ancona-Lopez, S. (2005). A porta de entrada: Reflexões sobre a triagem como processo interventivo. In: Simon, C. P., Melo-Silva, L. L., & Santos, M. A. (Orgs.). *Formação em Psicologia: Desafios da diversidade na pesquisa e na prática*. São Paulo: Vetor Editora.

BEAUCHAMP, Tom L.; CHILDRESS, James. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Edições Loyola, 2002. p. 81-89.

Brasil, Brasília. Lei nº 4.119, 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Câmara dos Deputados Centro de Documentação e Informação.

CUNHA, J. A. Psicodiagnóstico-v. **Recursos Básicos para o Diagnóstico – A Entrevista Clínica**. 5. ed. Porto Alegre. Artmed Editora, 2009. p. 51.

FERNANDES BALLESTEROS, MORENO, C. **Avaliação Psicológica- Conceito e estudos do caso**. Madri, (2005).

FREITAS, Wesley. **Utilizando estudo de caso**. Disponível em: <<https://www.nelsonreyes.com.br/560-566-1-PB-2.pdf>>. Acesso em 25 de fev. 2022

FREITAS, Fernanda Andrade de; NORONHA, Ana Paula Porto. **Levantamento de instrumento utilizados no processo psicodiagnóstico: testes psicológicos**. 2005.

GIANNINI, ROGÉRIO. **Resolução, de 9 de 25 de abril de 2018**. Disponível em <<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-9-de-25-de-abril-de-2018-12526419>> Acessado em 3 de mar. de 2022.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

HUTZ, Claudio Simon. O que é avaliação psicológica: métodos, técnicas e testes. **Psicometria**, p. 11-21, 2015.

HUTZ, S. C. et al. Devolução das informações do psicodiagnóstico. **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre: Artmed, 2016. Cap. 13, p. 160.

MADER, Bruno Jardini. **Avaliação Psicológica Dimensões, campos de atuação e pesquisa**, 1.edição, Curitiba – PR, Agência Cupola, 2016. Disponível em: < https://crppr.org.br/uploads/2019/05/F_CRP_Caderno_AvaliacaoPsicologica.pdf > Acesso em 13/03/2022.

MAFFINI, Gabriela; CASSEL, Paula Argemi. **O processo de avaliação psicológica: estudo de caso**. 2020. Disponível em: file:///C:/Users/queir/Downloads/2575-Article-29245-1-10-20200722.pdf. Acesso em: 01 mar. 2022.

Maravieski, S., & Serralta, F.B. (2011). Características clínicas e sociodemográficas da clientela atendida em uma clínica-escola de psicologia. **Temas em Psicologia**, v.19, n. 2, p.481-490.

MENDLOWICZ, Eliane. **O luto e seus destinos**. 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/v8QBzBP6WNwrvGCLPg9fBwc/?lang=pt>. Acesso em: 27 abr. 2022.

NETA, D.S.R., SILVA, A.R.V., SILVA, G.R.F. Adesão das pessoas com diabetes mellitus ao autocuidado com os pés. **Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn**, 68(1), 2015. p. 111- 116.

NETO, ANDRE. **Raciocínio clínico**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ramb/a/GxpfP3vrzdxRS4Gp6KKMwDc/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em 26 de fev. 2022.

Ocampo, M. L. S., Arzeno, M. E. G., Piccolo, E. G. & cols. (2009). O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas. 11ª Ed. São Paulo: Martins Fontes.

PEREIRA, M.E.C. 2007. Diagnóstico e alienação, ou “DR., meu filho é TDAH”. In: FÓRUM DE LINGUAGEM DA UFRJ: CLÍNICAS DA LINGUAGEM, III, Rio de Janeiro, 2007. Anais UFRJ. Disponível em: <http://forumdelinguagem.com.br/textos/Texto%20Mario%20Eduardo%20Pereira.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2022

PRIMI, Ricardo. **Avaliação Psicológica no Século XXI: de Onde Viemos e para Onde Vamos**. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/YFmwb5hC3YJmQ84jyMhv8p/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 mar. 2022.

ROS, Antônia. **A Entrevista Psicológica**. 2009. Disponível em: <https://nucleogrhc.files.wordpress.com/2009/04/cp0211entrevista.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2022.

RAMOS, Vera. **O processo de luto**. Disponível em: <<https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1021.pdf>>Acessado em 26 de abr. de 2022.

SÁ, Mike de. **Anorexia Nervosa: Definição, Diagnóstico e Tratamento**. 2012. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/68853/2/39783.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2022.

SALUM, Giovanni Abrahão et al. Transtorno do pânico. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rprs/a/VgdKjMfjhGfGcFTdBgYCq6G/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 abr. 2022.

SAMPAIO, Simaia. Manual Prático do Diagnóstico Psicopedagógico Clínico. Rio de Janeiro – RJ. Editora WAK. 2010. p. 143.

VOJTA, MONICA, **Influência na qualidade de vida** Disponível em: <<https://cdn1.unasp.br/mestrado/saude/2020/12/08114953/DISSERTACAO-3-MONICA-VOJTA-1.pdf> > Acessado em 3 de mar. 2022

EZEQUIEL MARTINS FERREIRA - Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (2011), graduação em Pedagogia pela Faculdade de Ciências de Wenceslau Braz (2016) e graduação em Artes Cênicas pela Universidade Federal de Goiás (2019). Especializou-se em Docência do Ensino Superior pela Faculdade Brasileira de Educação e Cultura (2012), História e narrativas Audiovisuais pela Universidade Federal de Goiás (2016), Psicopedagogia e Educação Especial, Arteterapia, Psicanálise pela Faculdade de Tecnologia e Ciências de Alto Paranaíba (2020). Possui mestrado em Educação pela Universidade Federal de Goiás (2015). Possui doutorado em Performances Culturais pela Universidade Federal de Goiás. Atualmente atua como psicanalista 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

Alienista 206, 207, 208, 212, 213, 215

APAE 49, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 265

Autoregulação 137, 138, 139, 140, 146, 147

B

Bolsonarismo 148, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 156

Brasil 18, 25, 26, 29, 31, 32, 35, 50, 51, 57, 61, 72, 73, 74, 77, 81, 85, 86, 89, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 114, 115, 116, 117, 124, 125, 126, 134, 135, 136, 148, 152, 153, 155, 157, 160, 162, 163, 168, 169, 171, 184, 203, 208, 228, 230, 231, 260, 261, 262, 269, 270, 272, 281

C

CAPS 89, 90, 91, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 262

Centro referência de assistência social 259

Colonialismo 26, 124, 148, 149

Comportamentos neuróticos 1, 2

Covid-19 1, 2, 3, 11, 12, 15, 20, 28, 29, 30, 31, 49, 50, 51, 52, 58, 61, 62, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 81, 83, 84, 85, 86, 87, 187, 226, 228, 229, 231, 235, 236, 237

D

Desenraizamento 148, 151, 154, 155, 156

Desestigmatização 90

E

Educação inclusiva 49, 51, 60, 62, 66, 158, 160, 162, 163, 168

Escolarização 50, 159, 161, 226, 230

Essencialidade 89, 90, 97, 101, 102, 110, 111, 112

Estresse 71, 72, 74, 75, 77, 81, 82, 83, 137, 139, 146, 158, 160, 163, 229, 232, 280

Evitação 137, 139, 143

Exclusão social 17, 25, 26, 27, 28, 29, 116, 186, 188, 189, 194, 196

F

Filial 197, 198, 200, 202

I

Imediatismo 137

Instrumentos psicológicos 271

Inteligência artificial 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 247, 248, 249, 250, 251, 256

Interculturalidade 124, 128, 131, 132, 134

Intervenção psicológica 124, 125

Isolamento social 1, 2, 3, 18, 53, 59, 62, 74, 75, 83, 86, 87, 229

L

Limites bioéticos 124, 125, 130, 132, 133

M

Machado de Assis 206, 207, 208, 212, 213, 215

Maternagem 17, 28, 30, 33, 47, 204

Mito 135, 151, 156, 210, 211, 214

Modernidade líquida 1, 2, 3, 4, 7, 11, 14

Mulheres 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 35, 36, 38, 43, 46, 57, 79, 80, 82, 83, 94, 153, 226, 228, 229, 230, 231, 232, 235, 237, 248, 249

N

Nervosidade 206, 207, 210, 213, 214, 215

Neurose obsessiva 3, 4, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16

P

Pandemia 1, 3, 11, 12, 17, 18, 19, 20, 27, 28, 30, 31, 49, 51, 52, 53, 54, 55, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 76, 77, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 117, 226, 228, 229, 230, 231, 233, 234, 235, 236, 237

Paul Diel 206, 207, 208, 209, 210, 211, 214, 215

Pessoas em situação de rua 186, 187, 188, 192, 196, 265

Práticas pedagógicas 158, 159, 167, 178

Procrastinação 137, 138, 139, 140, 143, 145, 146, 147

Profissionais da saúde 59, 105, 117, 172, 226, 229, 230, 232, 233, 234

Psicodiagnóstico 36, 271, 272, 277, 281, 282

Psicologia 4, 15, 16, 17, 20, 25, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 39, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 81, 86, 89, 90, 91, 92, 95, 98, 99, 100, 101, 103, 104, 107, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 124, 125,

127, 128, 130, 132, 133, 134, 135, 138, 147, 156, 167, 171, 184, 185, 187, 188, 195, 197, 198, 200, 203, 206, 207, 208, 209, 212, 215, 216, 217, 218, 219, 223, 224, 225, 226, 236, 238, 252, 258, 259, 262, 263, 264, 265, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 276, 277, 281, 282, 283, 284

Psicologia educacional 49, 52

Psicologia escolar 49, 50, 51, 54, 55, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 66, 67, 69, 224

Psicologia histórico-cultural 216, 218, 219, 224, 225

Psicologia social 17, 20, 25, 64

Psicólogo 30, 36, 45, 50, 54, 58, 60, 61, 62, 63, 66, 70, 81, 97, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 108, 109, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 125, 126, 130, 132, 133, 171, 182, 216, 217, 222, 223, 224, 248, 262, 263, 265, 268, 269, 270, 272, 273, 274, 276, 277, 281, 284

Psíquico 3, 11, 28, 29, 30, 34, 91, 95, 108, 109, 116, 125, 130, 133, 197, 198, 202, 204, 217, 219, 223, 226, 228, 234

R

Reabilitação 13, 32, 46, 58, 61, 70, 71, 76, 78, 79, 83, 85, 95, 96, 99, 109, 111, 117, 197, 199, 202

S

Saúde mental 19, 20, 23, 24, 26, 27, 28, 29, 31, 46, 49, 59, 60, 62, 66, 70, 71, 72, 74, 75, 76, 77, 81, 82, 85, 86, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 98, 99, 100, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 117, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 133, 134, 135, 136, 146, 197, 213, 226, 229, 236, 237, 238, 239, 248, 250, 251, 252, 263

Saúde mental indígena 124, 127, 134, 135, 136

Simbólico 5, 10, 197

Síndrome de Irlen 158, 159, 160, 163, 164, 166, 167, 168, 169

Sistema único de assistência social 258, 259, 260, 263

Sociedade 2, 3, 4, 5, 6, 7, 12, 13, 19, 24, 25, 27, 28, 33, 34, 36, 52, 60, 61, 70, 75, 89, 91, 92, 93, 94, 102, 103, 106, 107, 110, 111, 112, 113, 116, 125, 126, 127, 130, 132, 135, 148, 150, 151, 153, 154, 155, 156, 160, 162, 168, 177, 180, 181, 186, 189, 192, 193, 194, 195, 196, 199, 202, 203, 204, 208, 216, 218, 219, 220, 221, 225, 227, 229, 234, 236, 238, 239, 240, 241, 243, 251, 252, 253, 259, 260, 261, 263, 269, 270

Sofrimento ético-político 157, 186, 187, 188, 189, 190, 193, 194, 195, 196

T

Trabalho 1, 28, 36, 38, 39, 40, 41, 43, 45, 46, 49, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64,

65, 66, 70, 75, 81, 85, 89, 91, 92, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 103, 104, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 117, 125, 126, 132, 133, 138, 148, 149, 150, 154, 159, 163, 167, 176, 177, 178, 179, 182, 183, 191, 196, 197, 198, 204, 207, 208, 211, 216, 218, 221, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 235, 236, 237, 238, 240, 241, 246, 248, 258, 259, 261, 262, 264, 265, 266, 268, 269, 270, 271, 276, 281

Transtorno do espectro autista 53, 58, 216, 217, 218, 223, 225

Triagem 98, 103, 225, 271, 272, 273, 274, 276, 277, 280, 281

V





Virtual 4, 12, 39, 197, 198, 199, 200, 229

Vulnerabilidade social 17, 18, 19, 22, 24, 27, 107, 187, 258, 260, 261

Psicologia:

foco nas práticas em saúde mental

2

-  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

2

-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br