



ISBN: 978-85-86736-73-5

**LEILA SALOMÃO DE LA PLATA CURY TARDIVO
(Organizadora)**

**ANAIS DA 14a JORNADA APOIAR
SAÚDE MENTAL E INTERDISCIPLINARIDADE:
PROPOSTAS E PESQUISAS**

**LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA
CLÍNICA SOCIAL**

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLÍNICA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

SÃO PAULO

2016

realização



apoio



Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Jornada Apoiar (14.: 2016 : São Paulo, SP)

Anais da XIV Jornada APOIAR: saúde mental e interdisciplinaridade : propostas e pesquisas, realizada em 8 de dezembro de 2016 em São Paulo, SP / organizado por Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo. São Paulo : IP/USP, 2016.

1002 p.

Inclui bibliografia.

ISBN: **978-85-86736-73-5**

1. Psicologia clínica. 2. Psicologia Social. 3. Saúde mental. I. Título.

RC467

APRESENTAÇÃO

Essa foi a décima quarta Jornada que realizamos e ocorreu no dia 8 de dezembro de 2016, na Universidade de São Paulo, na Cidade Universitária, São Paulo. E mais uma vez a Jornada APOIAR desenvolvida pela equipe do LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL (PSC DO IPUSP), foi realizada sem ônus aos participantes, com um número significativo de assistentes (200) e pesquisadores, e desde o ano de 2008 transmitido ao vivo, on line, pelo sistema IPTV.

O Laboratório constitui-se como espaço propiciador da integração entre ensino, pesquisa e extensão, oferecendo estágio supervisionado a alunos de graduação e proporcionando campo de investigação clínica para trabalho acadêmico de pós-graduandos e para articulações teóricas de docentes e pesquisadores. O Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social sob a coordenação da Profa Leila Tardivo, completa 24 anos e abriga as Oficinas "Ser e Fazer" (sob a orientação de Tânia Vaisberg) e o APOIAR sob a coordenação de Leila Cury Tardivo. O APOIAR foi criado em 2002, consolidado em 2003. A cada ano a equipe que o compõe apresenta uma Jornada temática. Nessas Jornadas são convidados palestrantes de instituições, universidades e organizações, do Brasil e de outros países, como esse ano, de forma presencial e on line. Contamos com professores da Universidade de Coimbra (Portugal), de Cornell (Estados Unidos), de Santiago (Chile) e brasileiras - Universidade Federal Fluminense -. Campus de Volta Redonda, da Universidade Metodista, Universidade São Judas Tadeu, Universidade da FMU, e outras. E de organizações não governamentais (Liga Solidária) e governamentais - (Equipamentos de saúde mental do município de Jandira).

São sempre divulgados na forma de painéis, os projetos e propostas desenvolvidas pelos membros do APOIAR, da Ser e Fazer, por membros, estudantes, do IPUSP e seus orientadores, além de trabalhos e projetos (apresentados na forma de pôsteres) de estudantes com seus orientadores e pesquisadores de outras universidades e instituições.

O APOIAR vem desenvolvendo sua função de forma coerente com a vocação da universidade pública, ou seja: visa a produção de conhecimentos, à formação, e à prestação de serviços à comunidade, e a décima quarta jornada manifestou muito vivamente esse tríplice vocação. São anais, como um livro, aqui apresentado, com toda a produção do evento. A XIV Jornada APOIAR foi proposta dessa forma, como uma contribuição para que, a partir de embasamento teórico sólido, se possa desenvolver a investigação, a prevenção e a intervenção no campo da Saúde Mental.

Profa. Associada Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo
Coordenadora do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social
Presidente da Comissão Científica da XIV JORNADA APOIAR

OBJETIVOS DA XIV JORNADA APOIAR

- Adotando como tema "SAÚDE MENTAL E INTERDISCIPLINARIDADE-PROPOSTAS E PESQUISAS" a XIV JORNADA APOIAR teve como objetivo focalizar pesquisas e propostas de campo enfocando em especial saúde mental a interdisciplinaridade;
- Abrir um espaço de divulgação de propostas e trabalhos; desenvolvidas por organizações dedicadas ao estudo e à atenção em Saúde Mental, a interdisciplinaridade, aspectos biológicos e sociais; se constituindo ainda objeto de intercâmbio científico e profissional com todos os presentes.
- Elaborar essa publicação, a partir de toda essa intensa atividade; a fim de ampliar a divulgação dos temas abordados na XIV Jornada.
- Desenvolver todas essas atividades, junto à comunidade USP, bem como aos interessados de outras universidades e instituições, sem qualquer ônus aos participantes.

COMISSÃO CIENTÍFICA:

Presidente: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Tânia Maria Jose Aiello Vaisberg – PUC DE CAMPINAS e IPUSP

Antonio Augusto Pinto Junior - Universidade Federal do Grande Dourados (MS)

Claudia Aranha Gil Universidade São Judas

Danuta Medeiros – Universidade São Judas Tadeu

Hilda Avoglia - UMESP

Laura Carmilo Granado - Universidade São Judas

Lucilena Vagostello – Universidade São Judas

Marilia Martins Vizzotto – Universidade Metodista de São Paulo (UMESP)

Rosa Affonso – Universidade Mackenzie/ UNI FMU

Manoel Antônio dos Santos – FFCLRP – USP

Fabiana Follador e Ambrosio

Paula Miura –UFAL

Roberta Elias Manna

COMISSÃO ORGANIZADORA

Adriano Jose Lima

Aline Closesl

Aline Harumi Murakami

Claudia Rodrigues Sanchez

Gislaine Chaves

Karina Simões Parente

Lorraine Seixas

Lorena Joyce

Lucia Valle

Luiz Tadeu Gabriel Filho

Malka Alhanat

Marina Lopes Moreno

Natália Lima

Rodrigo Jorge Salles

PROGRAMA – 8 DE DEZEMBRO DE 2016

8h00– Distribuição de material

8h30 – Abertura Vice Diretor Prof. Associado Andrés Eduardo Aguirre Antúnez

9h00 – Apresentação – Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social - Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo- *O APOIAR e as pesquisas – a contribuição interdisciplinar*

Tania Maria Jose Aiello Vaisberg- *O Sofrimento*

Antonio Augusto Pinto Junior – *A Escala de Exposição De Crianças E adolescentes à Violência Doméstica (Children's Exposure To Domestic Violence Scale) no Contexto Brasileiro*

Coordenação: Maria Cecilia de Vilhena Moraes

10h30 – 1º SIMPÓSIO – PROPOSTAS DE TRATAMENTO COM ADOLESCENTES

Andres Borzutzky - *Interação entre difusão de identidade e Abuso de Álcool e Drogas na adolescência: desafios para a prática clínica (Interacción entre difusión de identidad y Abuso de Alcohol y Drogas durante la adolescencia: desafíos para la práctica clínica)*

Pamela Foelsch - *Características do Terapeuta facilitadoras do Processo de Psicoterapia com adolescentes (Therapist Characteristics to facilitate psychotherapy process with adolescents: An example using Adolescent Identity Treatment)*

Coordenação: Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

12h00 - Sessão de POSTERES (vão livre do Bloco G – IPUSP)

13h00 – 14h00 – Intervalo para almoço

14h00 – APRESENTAÇÃO CULTURAL - LIGA SOLIDÁRIA (Apresentação de crianças)

14h30- 2º SIMPÓSIO: PESQUISAS EM SAÚDE

Marcelo Costa – *A Neurociência e Comportamentos de Risco*

Rui Paixão - *A Tomada de Decisão no Sistema Conjugal: um novo fator de risco?"*

Egberto Ribeiro Turato - *Pesquisadores de Ciências Humanas no Campo das Ciências da Saúde e vice-versa: Facilitadores e barreiras para conduzir investigações científicas*

Coordenação – Tania Maria Jose Aiello Vaisberg

17h30 –PREMIAÇÃO DOS PÔSTERES E ENCERRAMENTO

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo e Tania Maria Jose Aiello Vaisberg

CRITÉRIOS AVALIADOS PELA COMISSÃO CIENTIFICA

Nos trabalhos publicados nesses anais e apresentados na forma de pôsteres (estudantes tem como co autores os supervisores/orientadores - com titulo de Doutor)

Foram avaliados os itens:

1- Apresentação e redação

- a) O título no máximo 12 palavras
- b) O titulo resume o conteúdo do artigo
- c) O resumo inclui objetivos, método, resultados e conclusões
- d) Qualidade de redação do texto completo

2.1 – Para pesquisas quantitativas ou qualitativas:

- a) Introdução/Revisão da Literatura
- b) Relevância do tema investigado
- c) Referências usadas: relevância e são suficientes
- d) Objetivos e justificativa :clareza
- e)Normas: APA (estão seguidas corretamente)
- f)Método: descrição correta: participantes, procedimentos e instrumentos
- g) Menção adequada dos aspectos éticos envolvidos
- h) Resultados: apresentação com clareza, relação com os objetivos e o método (podem ser apresentação de estudos de caso)
- i) Discussão/ conclusões: qualidade, síntese dos resultados e relação com os dados da literatura

2.2 – Relatos de experiência

(Itens: Tema -Introdução, objetivos, relato da experiência / discussão

2.3 – Estudos teóricos – ou do estudo do estado da arte

Tema discutido, Introdução, fontes bibliográficas usadas, desenvolvimento do tema, conclusão Os membros da Comissão Cientifica irão analisar os trabalhos inscritos e a partir dos aspectos acima, deverão fazer pareceres , enviando aos autores com as seguintes avaliações.

Conclusão da avaliação:

- () Favorável- aceito sem modificações
- () Favorável, com pequenas modificações explicitadas no parecer
- () Favorável, com grandes modificações explicitadas no parecer -
- () Desfavorável

Presidente da Comissão Cientifica
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

**CRITÉRIOS AVALIADOS PELA COMISSÃO CIENTIFICA
PARA PREMIAÇÃO DOS PÔSTERES**

**XIV JORNADA APOIAR: SAÚDE MENTAL E INTERDISCIPLINARIDADE- PROPOSTAS E
PESQUISAS**

Número do Pôster: _____

Titulo do Pôster:

Autor(es):

Membro da Comissão Cientifica: avaliar os aspectos e atribuem um conceito de 0 a 10

Foram avaliados os itens:

1- Apresentação e redação – NOTA _____

O título no máximo 12 palavras ; O titulo resume o conteúdo do artigo;O resumo inclui objetivos, método, resultados e conclusões; Qualidade de redação do texto completo / e

2.1 – Para pesquisas quantitativas ou qualitativas:

Introdução/Revisão da Literatura; Relevância do tema investigado; Referências usadas: relevância e são suficientes; Objetivos e justificativa :clareza; Método: descrição correta: participantes, procedimentos e instrumentos; Menção adequada dos aspectos éticos envolvidos; Resultados: apresentação com clareza, relação com os objetivos e o método (podem ser apresentação de estudos de caso) ;Discussão/ conclusões: qualidade, síntese dos resultados e relação com os dados da literatura ou

2.2 – Relatos de experiência NOTA _____

Tema -Introdução, objetivos, relato da experiência / discussão ou

2.3 – Estudos teóricos – ou do estudo do estado da arte NOTA _____

Tema discutido, Introdução, fontes bibliográficas usadas, desenvolvimento do tema, conclusão Os membros da Comissão Cientifica irão analisar os trabalhos inscritos e a partir dos aspectos acima, deverão fazer pareceres , enviando aos autores com as seguintes avaliações.

NOTA FINAL _____

Membro da Comissão Cientifica:

Presidente da Comissão Cientifica-
Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Sumário

SESSÃO DE ABERTURA.....	20
SOFRIMENTOS SOCIAIS, PSICOLOGIA CONCRETA E ESTILO CLÍNICO “SER E FAZER” - Tânia Maria José Aiello-Vaisberg e Fabiana Follador Ambrosio	21
A ESCALA DE EXPOSIÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA (CHILDREN’S EXPOSURE TO DOMESTIC VIOLENCE SCALE) NO CONTEXTO BRASILEIRO - Antonio Augusto Pinto Junior e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	36
1º SIMPÓSIO PROPOSTAS DE TRATAMENTO COM ADOLESCENTES.....	45
THERAPIST CHARACTERISTICS TO FACILITATE PSYCHOTHERAPY PROCESS WITH ADOLESCENTS: AN EXAMPLE USING ADOLESCENT IDENTITY TREATMENT - Pamela Foelsch and Nelson Valdes	46
CARACTERÍSTICAS DO TERAPEUTA PARA FACILITAR O PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO COM ADOLESCENTES- UM EXEMPLO COM O USO DO TRATAMENTO COM FOCO NA IDENTIDADE - Pamela Foelsch and Nelson Valdes	46
INTERACCIÓN ENTRE DIFUSIÓN DE IDENTIDAD Y ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS DURANTE LA ADOLESCENCIA: DESAFÍOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA - Andres Borzutzky	49
INTERAÇÃO ENTRE DIFUSÃO DE IDENTIDADE E ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS DURANTE A ADOLESCÊNCIA: DESAFIOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA - Andres Borzutzky	49
2º SIMPÓSIO: PESQUISAS EM SAÚDE	51
A TOMADA DE DECISÃO NO SISTEMA CONJUGAL: UM NOVO FATOR DE RISCO? - Rui Paixão	52
PESQUISADORES DE CIÊNCIAS HUMANAS NO CAMPO DAS CÊNCIAS DA SAÚDE E VICE-VERSA: FACILITADORES E BARREIRAS PARA CONDUZIR INVESTIGAÇÕES CIENTÍFICAS - Egberto Ribeiro Turato	88

A NEUROCIÊNCIA E O COMPORTAMENTO DE RISCO - Marcelo Fernandes da Costa	89
TRABALHOS APRESENTADOS NA SESSÃO DE POSTER... 93	
LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL – APOIAR	94
ESTUDO DE CASO: PRÉ-ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE - Claudia Rodrigues Sanchez e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	95
A CRIANÇA E O CÂNCER: EXPRESSÕES EMOCIONAIS A PARTIR DO TESTE DO DESENHO DA PESSOA NA CHUVA - Aline Closes Carvalho e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	108
DESENHOS TEMÁTICOS EM ADOLESCENTES DE SÃO PAULO: CONCEPÇÕES SOBRE ADOLESCÊNCIA - Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo, Malka Alhanat, Alzira Ciampolini e Albertina Duarte Takiuti.....	124
ESTUDO DAS CONCEPÇÕES SOBRE AUTO LESÃO EM ADOLESCENTES POR ADOLESCENTES - Ares Ayala Ramirez e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo .	135
O TRABALHO EM REDE: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE UM CASO CLÍNICO - Silvia Teresa Collakis e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo.....	146
ESTUDO SOBRE OS PONTOS DE CORTE DO CDI – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL - Adriana Guedes, Pércles Vicente e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	157
O TESTE HTP EM UM GRUPO DE ADOLESCENTES NA CONCLUSÃO DO ENSINO MÉDIO - Luciana Torquato e Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo	169
A MATERNAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL - Mariana Ayumi Hosogiri , Lorena Joyce Martins de Freitas e ..Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo ..	179
TESTE DE APERCEPÇÃO INFANTIL COM FIGURAS HUMANAS (CAT H) – FIDEDIGNIDADE e - E VALIDAÇÃO - Adele de Miguel Marques, Leila Salomão de La	

<i>Plata Cury Tardivo, Maria Cecília de Vilhena Moraes e Silesia Maria Veneroso Delphino Tosi.....</i>	<i>188</i>
SINGULARIDADES DA DOR CRÔNICA - <i>Lúcia de Mello Senra Valle, Suely dos Santos Vitorino, Maria Aparecida Mazzante Colacicco e Leila La Plata Salomão Cury Tardivo</i>	204
EXPERIÊNCIAS INFANTIS DE SEPARAÇÃO E PRIVAÇÃO DOS OBJETOS AMADOS EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA - <i>Isolda Maria de Oliveira Assumpção, Leila Salomão de la Plata Cury Tardivo, Sueli dos Santos Vitorino e Maria Aparecida Mazzante Colacicco</i>	218
LABORATÓRIO DE SAÚDE MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA SOCIAL - SER E FAZER	234
EXPERIÊNCIA EMOCIONAL SOBRE A MATERNIDADE VEICULADA EM BLOGS BRASILEIROS: CONSIDERAÇÕES INICIAIS - <i>Andréia de Almeida Schulte, Sueli Regina Gallo-Belluzzo e Tânia Aiello-Vaisberg</i>	235
A EXPERIÊNCIA DE MULHERES-MÃES NA CLÍNICA PSICOLÓGICA DA OBESIDADE INFANTIL: CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES - <i>Maria Camila Mahfoud Marcoccia e Tânia Maria José Aiello-Vaisberg</i>	246
“QUE HORAS ELA VOLTA?”: INVESTIGANDO PSICANALITICAMENTE O IMAGINÁRIO COLETIVO SOBRE A MATERNIDADE - <i>Carlos Del Negro Visintin, Fernanda Martins de Paulo, Guilherme Athayde, João Paulo Sampaio, Manoela Pereira e Tânia Maria José Aiello-Vaisberg</i>	269
IMAGINÁRIO COLETIVO DE FUNCIONÁRIOS DE INSTITUIÇÃO FINANCEIRA SOBRE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS - <i>Cristiane Helena Dias Simões, Fábio Riemenschneider e Tânia Maria José Aiello Vaisberg</i>	279
CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE AUTOLESÃO NA LITERATURA CIENTÍFICA - <i>Guilherme Wykrota Tostes, Natália Del Ponte Assis e Tânia Aiello Vaisberg</i>	291
ESTILO TARDIO E UM CONVITE À ANGÚSTIA: RACISMO NA OBRA DE ELZA SOARES - <i>Karem Angely Grubert Rojas e Tania Aiello-Vaisberg</i>	311

DETERMINANDO NÚMERO DE PARTICIPANTES EM PESQUISA QUALITATIVA: APONTAMENTOS INICIAIS - <i>Marcela Casacio Ferreira-Teixeira e Tania M.J.Aiello-Vaisberg</i>	319
EXPERIÊNCIA EMOCIONAL DE PRESIDÁRIAS EM PESQUISAS EMPÍRICAS - <i>Maria Julia Souza Chinalia e Tania Maria José Aiello-Vaisberg</i>	329
O IMAGINÁRIO COLETIVO SOBRE O SOFRIMENTO DA MENINA ADOLESCENTE NO FILME “BRUNA SURFISTINHA” - <i>Natália Del Ponte de Assis, Camila Vassallo de Melo, Gabriela Camilo de Oliveira, Helena Ganzarolli Carlos, Isabela Nardim, Laura Couto Pupo Nogueira, Pedro Henrique Antonelli Corsetti e Tânia Maria José Aiello Vaisberg</i>	343
“CIDADE DE DEUS ”: IMAGINÁRIOS COLETIVOS SOBRE RACISMO - <i>Rafael Aiello-Fernandes, Ana Flávia de Paula Rosado, Daniela Delmundo de Freitas, Gabriela de Paula Feriani, Isabella de Dávide Ratto Morelli, Júlia Maria Terossi Carvalho, Letícia Aparecida Carvalho da Silva e Tânia Maria José Aiello-Vaisberg</i>	361
“PRETOBRÁS: PORQUE EU NÃO PENSEI NISSO ANTES” RACISMO EM COMPOSIÇÕES DE ITAMAR ASSUMPÇÃO - <i>Rafael Aiello-Fernandes, Daniela Pereira André e Tânia Maria José Aiello-Vaisberg</i>	372
PROGRAMAS DE OUTRAS UNIDADES	388
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO	389
A ESTRUTURAÇÃO DO SETTING NO SETOR DE ORTOPEDIA DE UM HOSPITAL GERAL - <i>Lilian Regiane de Souza Costa e Valeria Barbieri</i>	390
TENDÊNCIA ANTISOCIAL EM MENINAS: PARENTALIDADE E DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL - <i>Ana Beatriz Paschoalato Di Nardo e Valéria Barbieri</i>	399
A ALUCINOSE EM RELATOS DE FILME DE TERROR: UM ESTUDO DE CASO - <i>Lilian Regiane de Souza Costa, Fernanda Kimie Tavares Mishima-Gomes e Valeria Barbieri</i>	409
PSICODINAMISMOS DA TENDÊNCIA ANTISOCIAL: ESTUDO DE CASO - <i>Ana Paula Medeiros-Vian, Fernanda Kimie Tavares Mishima-Gomes e Valéria Barbieri</i> ...	419

AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE DE PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES POR MEIO DO PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS (D-E): RESULTADOS RELIMINARES - <i>Cristina Mensato Rebello da Silva e Helena Rinaldi Rosa</i>	429
FÉLIX, VILÃO E MOCINHO DE “AMOR À VIDA”: HOMOSSEXUALIDADES E HETERONORMATIVIDADE NO HORÁRIO NOBRE - <i>Eduardo Name Risk e Manoel Antônio dos Santos</i>	440
DESCOBRINDO-SE COM CÂNCER DE MAMA: A VIVÊNCIA DO PROCESSO DE CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA - <i>Janaína de Fátima Vidotti e Manoel Antônio dos Santos</i>	451
REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS EM FILHAS DE MULHERES ACOMETIDAS PELO CÂNCER DE MAMA - <i>Mariana Gil, Janaína de Fátima Vidotti, Mayara Colleti e Manoel Antônio dos Santos</i>	460
RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS DE PESSOAS TRANSEXUAIS - <i>Mariana Furtado Silva e Manoel Antônio dos Santos</i>	469
METODOLOGIAS DE PESQUISA EM PSICOLOGIA E REFLEXÕES SOBRE O DELINEAMENTO QUANTITATIVO - <i>Mário Augusto Tombolato e Manoel Antônio Dos Santos</i>	481
FENOMENOLOGIA E PESQUISA COM FAMÍLIAS HOMOPARENTAIS: REFLEXÕES E PROPOSTA DE ARTICULAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA - <i>Mário Augusto Tombolato e Manoel Antônio Dos Santos</i>	490
A EXPERIÊNCIA DA PATERNIDADE NA MEIA-IDADE NA PERSPECTIVA DE PAIS, MÃES E FILHOS - <i>Mayara Colleti e Manoel Antônio dos Santos</i>	497
IMPLICAÇÕES SOCIAIS DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES JOVENS - <i>Taísa Marques, Janaína de Fátima Vidotti, Mayara Colleti e Manoel Antônio dos Santos</i>	508
SENTIDOS DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE PARA FAMILIARES DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TCTH - <i>Iara da Silva Freitas, Manoel Antônio dos Santos e Érika Arantes de Oliveira-Cardoso</i>	523
DINÂMICA FAMILIAR E RELACIONAMENTOS AMOROSOS EM MULHERES COM ANOREXIA E BULIMIA - <i>Manoel Antônio dos Santos, Carolina Rizzatto Martins Padilha,</i>	

Kelly Graziani Giaccherro Vedana, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Adriana Inocenti Miasso, Jacqueline de Souza, Sandra Cristina Pillon e Érika Arantes de Oliveira-Cardoso 533

DINÂMICA DO RELACIONAMENTO FRATERNAL NA ANOREXIA E BULIMIA - Manoel Antônio dos Santos, Érika Arantes de Oliveira-Cardoso, Rosane Pilot Pessa Ribeiro, Sandra Cristina Pillon, Jacqueline de Souza, Kelly Graziani Giaccherro Vedana, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Ana Beatriz Paschoalato Di Nardo, Adriana Inocenti Miasso e Rodrigo Sanches Peres 539

TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA: MUDANÇAS NA CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA INTRODUZIDAS PELO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS – 5ª EDIÇÃO (DSM-5) - Manoel Antônio dos Santos, Élide Dezoti Valdanha-Ornelas, Rosane Pilot Pessa Ribeiro, Érika Arantes de Oliveira-Cardoso, Adriana Inocenti Miasso, Jacqueline de Souza, Kelly Graziani Giaccherro Vedana, Sandra Cristina Pillon, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti e Pedro Ernesto Rodrigues Maçaranduba 552

A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO SOCIOCULTURAL NAS MANIFESTAÇÕES DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES - Manoel Antônio dos Santos, Lilian Regiane de Souza Costa, Érika Arantes de Oliveira-Cardoso, Rosane Pilot Pessa Ribeiro, Sandra Cristina Pillon, Jacqueline de Souza, Kelly Graziani Giaccherro Vedana, Ana Carolina Guidorizzi Zanetti, Mayara Colleti, Janaína de Fátima Vidotti, Rodrigo Sanches Peres, Pedro Ernesto Rodrigues Maçaranduba e Adriana Inocenti Miasso 559

O “ARMÁRIO” E SEUS DESDOBRAMENTOS: RELATOS DE HOMENS HOMOSSEXUAIS - Yurín Garcêz de Souza Santos e Manoel Antônio dos Santos ... 569

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: CARACTERIZAÇÃO DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS NO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENDIMENTO - Nadja Vilela dos Santos, Nathalya Fonseca Camargo, Juliana Zicchella, Paloma Eduarda Ortolani, Redrys Menossi, Amanda Nascimento, Dora Mariela Salcedo Barrientos e Paula Orchiucci Miura..... 581

EFEITO DO LÍTIO NO CÁLCIO INTRA/EXTRACELULAR EM NEURÔNIOS CORTICAIS E HIPOCAMPAIS - Marcos Costa Gomes de Lima, Profº. Drº. Orestes Vicente Forlenza e Vanessa de Jesus Rodrigues de Paula 589

UNIVERSIDADES E INSTITUIÇÕES PARCEIRAS 599

RESENHA DO LIVRO “O BEBÊ PREMATURO: ATENÇÃO E CUIDADOS - <i>Simone Silva Drigo, Ana Paula Magosso Cavaggioni e Miria Benincasa</i>	600
GRUPOS DE PAIS-BEBÊS: UMA INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR EMBASADA NA PSICANÁLISE - <i>Ana Paula Magosso Cavaggioni, Simone Drigo, Miria Benincasa e Manoel Morgado Rezende</i>	610
O USO DA ARTE NA PSICOTERAPIA PELA PERSPECTIVA JUNGUIANA - <i>Liliane C. R. Maia, Ângela M. erre Fira e Ailton Bedani</i>	619
SÍNDROME DE BURNOUT EM GRADUANDOS DE PSICOLOGIA - <i>Amanda Eico Nishi, Claudia Borim da Silva, Gabriel de Assis e Araújo, Juliana Barreto dos Santos, Tânia Bernardes do Nascimento e Thainá Charele de Moraes</i>	630
O CIÚME ROMÂNTICO EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA - <i>Aline Caroline Camilo, Hanndressa dos Santos Silva e Cláudia Borim da Silva</i>	640
NEGLIGÊNCIA FAMILIAR: QUANDO NINGUÉM ME VÊ - <i>Jessica Oliveira de Paula, Bruna da Paixão e Roberto Evangelista</i>	652
A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL NO PROJETO CANUDOS 2016: RELATO DE EXPERIÊNCIA - <i>Gleise Sales Arias, Karoline Torres, Milena de Azevedo Simoni, Yago Jacinto Neves, Victor Hugo de Oliveira Bigoli</i>	660
ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE VIOLÊNCIA SEXUAL NO BANCO DE DADOS SCIELO - <i>Bruna Luiza Cyrillo Di Lascio, Camila Mamede Cabral, Felipe Carvalho Damacena Cabral, Mariana França de Araujo Cabral, Thais Gonçalves Gomes, Cláudia Borim da Silva e Geisa Graciete Rafael</i>	668
SENSIBILIZAÇÃO, CUIDADO E HUMANIZAÇÃO NAS RELAÇÕES DE TRABALHO COM A MORTE - <i>Cecilia Côrtes Carvalho, Tatiane Sayuri Maeda, Érika Perina Motoyama, Giorgia Troiano, Thaís Fonseca Ares, Giovanna Donno, Isabela Garcia Rosa Hispagnol e Maria Helena Pereira Franco</i>	678
CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA DE WILHELM REICH PARA O ENTENDIMENTO DO MASOQUISMO - <i>Débora Feliciano de França e Ailton Bedan</i>	688

EQUOTERAPIA E AUTISMO: UM ESTUDO TEÓRICO A PARTIR DA TEORIA DE WINNICOTT - <i>Aline Soares Mazzeu da Silva, Fabiane Petean Soares de Lima e Rodrigo Jorge Salles</i>	694
ESTILOS PARENTAIS E AS INFLUÊNCIAS DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA CRIAÇÃO DOS FILHOS - <i>Tatiane Karina Miranda de Sousa, Flavia Eduarda Andrade, Cristiane Silva Cubero dos Santos, Jacqueline Pereira Carneiro e Lilian Pereira de Medeiros Guimarães</i>	703
ANSIEDADE COMO FATOR PERTINENTE NA COMPULSÃO ALIMENTAR INFANTIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA - <i>Flávia Ivete da Conceição, Luciana de Fatima Ribeiro Bailon Silva e Lilian Pereira de Medeiros Guimarães</i>	714
AS FASES DO LUTO: ESTUDO DE CASO CLÍNICO ENVOLVENDO VIOLÊNCIA URBANA - <i>Fernando Rodrigues de Moraes Alves, Carolina de Fátima Tse e Hilda Rosa Capelão Avoglia</i>	720
CAMINHOS PARA A INTERDISCIPLINARIEDADE NO ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL - <i>Hilda Rosa Capelão Avoglia, Jader Ramos Júnior e Patricia Fernandes</i>	730
VIOLÊNCIA DE GÊNERO E O PAPEL DO HOMEM: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA - <i>Monica da Silva Lira e João Roberto de Souza-Silva</i>	740
AUTO-EFICÁCIA E APRENDIZAGEM MATEMÁTICA DE ALUNOS DO ENSINO MÉDIO INTEGRADO AO TÉCNICO - <i>John Muller de Sena Ferraz, Aline Marques da Silva, Ellen Prado Machado, Juliana Cristina de Queiros, Lidiane de Souza Trindade, Marily Nunes dos Santos, Profª Drª Claudia Borim e Prof. Dr Diego Vinícius</i>	749
ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E AUTISMO: DA INSTITUIÇÃO DE UMA PRESENÇA À DIREÇÃO DO TRATAMENTO - <i>Karina Nogueira da Silva e Tânia Elena Bonfim</i>	760
ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: HISTÓRICO E RELEVÂNCIA DO VÍNCULO - <i>Karina Nogueira da Silva e Marília Martins Vizzotto</i>	768
A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA - <i>Amanda Rocha Pereira, Clarice Maria Peres Bronze, Darianne Lima da Silva, Juliana da Silva Batista, Maira Daniel de Souza, Mayara Yume Lima Shimizu, Rafaela Rodrigues de Porto Meira e Cláudia Borim da Silva</i>	776

DOR FÍSICA: ALGUNS APONTAMENTOS HISTÓRICOS SOBRE SUA VERTENTE PSÍQUICA - Neftali Beatriz Centurion e Rodrigo Sanches Peres	786
O CONSUMIDOR E A RELAÇÃO COM O OBJETO DE CONSUMO - Ana Luiza Tavares e Manuel Morgado Rezende	797
ESCUITA PSICOLÓGICA NO SETOR DE PSIQUIATRIA DE UM HOSPITAL NO INTERIOR PAULISTA - Patrícia Arras Bertozzi, Jennifer do Nascimento Pedrero e Maria Luisa Louro Castro Valente	804
PSICOLOGIA FORENSE E PSICOPATOLOGIA: CONSIDERAÇÕES ACERCA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO - Solange Miranda, Aline de Souza Gonçalves, Mônica Natali Santos, Silvia Regina Dos Santos, Samara Mamedi de Paula e Lilian Pereira de Medeiros Guimarães	812
O LUGAR DA CRIANÇA NA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA COM OS PAIS - Maria Salete Lopes Legname de Paulo	822
DEPRESSÃO PÓS-PARTO: VICISSITUDES DO SER MÃE - Samara dos S. A. Esteves, Aline Thays Grou e Miria Benincasa Gomes	832
RELATO DE EXPERIÊNCIA: A MORTE POR SUICÍDIO E O LUTO NÃO AUTORIZADO - Bruna Caroline Turse Barroso e Juliana Vendruscolo	843
PSICODIAGNÓSTICO DE PRÉ-ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL A PARTIR DO HTP - Mariana Campeti Cuoghi e Christiane Carrijo Eckhardt Mouammar	851
QUALIDADE DE VIDA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VELHICE SOB A PERSPECTIVA DO IDOSO - Claudia Nakayama Miske, Claudia Yoshico Hamada, Sueli dos Santos Vitorino e Geovana Mellissa Castrezana Anacleto	862
FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL NA PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES - Giovana Telles Jafelice e João Fernando Marcolan	872
TÉCNICAS PROJETIVAS NO ESTUDO DE ADOLESCENTES INFRATORES E VITIMIZADOS: REVISÃO DA LITERATURA - Antonio Augusto Pinto Junior, Grazielle Akerman Fraga Penna Mello, Hingrid de Oliveira Iza dos Santos, Priscila de Almeida Teixeira, Rafaella Ferreira Lopes, Danielle Alonso e Cassia Dalila Silva da Costa	882

A REPRESENTAÇÃO DA IDENTIDADE NA ADOLESCÊNCIA E A VIOLÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO - <i>Eduardo Marchese Damini, Hilda Rosa Capelão Avoglia e Carolina de Fátima Tse.....</i>	892
SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA INTRA-FAMILIAR: UMA IMPLICAÇÃO POSSÍVEL? - <i>Hilda Rosa Capelão Avoglia, Eduardo Marchese Damini e Carolina de Fátima Tse... 900</i>	
ENVELHECIMENTO E TRABALHO: PERCEPÇÕES DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS IDOSOS - <i>Milena Cristina de Freitas e Claudia Aranha Gil.....</i>	910
OS CONTOS DE FADAS NA COMPREENSÃO PSICOLÓGICA DA CRIANÇA ACOLHIDA: UM ESTUDO DE CASO - <i>Carolina de Fátima Tse, Hilda Rosa Capelão Avoglia e Eduardo Marchese Damini.....</i>	920
LUODIAGNÓSTICO E O USO DE DROGAS NA INFÂNCIA: ESTUDO DE CASO - <i>Rosa Maria Lopes Affonso, Simone Canola Araujo e Fernanda Ferreira Guedes.....</i>	928
CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL EM JUNDIAÍ – SP - <i>Giovana Telles Jafelice, Camila Ávila de Lima e Adriana Carvalho Pinto</i>	945
A PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE AS RELAÇÕES INTERGERACIONAIS NA VELHICE - <i>Caroline Peixoto de Moraes, Keila Porto Xavier, Marisa Galvão Pires e Claudia Aranha Gil.....</i>	954
DIAGNÓSTICO ESTRUTURAL DA PSICOSE: UMA DISCUSSÃO PSICANALÍTICA - <i>Kelly Cristina Brandão da Silva e Márcia Gabriela Tavares Petri</i>	964
REDES DE PROTEÇÃO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO ÂMBITO NACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA - <i>Paula Orchiucci Miura, Estefane Firmino de Oliveira Lima, Kedma Augusto Martiniano Santos e Mirella Cordeiro Moreira da Costa</i>	975
O BRINCAR NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA: UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO COM QUEIXA DE AGRESSIVIDADE - <i>Hilda Rosa Capelão Avoglia, Eduardo Marchese Damini e Carolina de Fátima Tse</i>	985
REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) – O DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PAUTADA NA REFORMA PSIQUIÁTRICA	

ANTIMANICOMIAL NO MUNICÍPIO DE JANDIRA - Valéria Araújo da Silva e Silvia Regina Bertolini	994
IMPORTÂNCIA DOS COMPORTAMENTOS DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL NA PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO - LEI DE EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS PORTUGUESAS - Paula Costa Neves e Rui Paixão	999

SESSÃO DE APRESENTAÇÃO

SOFRIMENTOS SOCIAIS, PSICOLOGIA CONCRETA E ESTILO CLÍNICO “SER E FAZER”

Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

Fabiana Follador Ambrosio

Resumo: Defendemos, nesse texto, o uso do conceito de sofrimento social, na perspectiva da psicologia concreta e do estilo clínico “Ser e Fazer”, em processos de produção de conhecimento compreensivo sobre demandas clínicas contemporâneas. Ilustramos nossa argumentação focalizando a teoria winnicottiana da tendência antissocial, que criticamos e revisamos segundo a proposta “Ser e Fazer”, indicando a importância da consideração de contextos sociais, históricos e geopolíticos nos quais se inserem os campos de sentido afetivo-emocional.

Palavras-chave: campos de sentido afetivo-emocional, sofrimento social, estilo clínico “Ser e Fazer”, psicologia concreta

Temos utilizado, nos últimos anos, a expressão sofrimento social a bem de cultivar uma melhor focalização de demandas que temos visto surgir na clínica psicológica institucional. Se a expressão é, de certo modo, nova, corresponde, na verdade, a uma visão do sofrimento emocional perfeitamente alinhada aos fundamentos da psicologia concreta, tal como proposta por Politzer (1928) e desenvolvida por Bleger (1963), a partir da qual chegamos à concepção do estilo clínico “Ser e Fazer”, em próxima interlocução com o pensamento winnicottiano.

Podemos assumir, para efeitos da presente exposição, que a expressão sofrimento social apareceu, inicialmente, sob a pena de Dejours (1980), no contexto do aumento dos índices de desemprego que a França vem sofrendo desde o final do século XX. Mudanças significativas no sistema laboral, que já sinalizavam a crise europeia de enfraquecimento do estado de bem-estar social e de ascensão do neoliberalismo, atualmente vigente, já provocavam sofrimentos visíveis nos trabalhadores, que passam a se sentir ameaçados e inseguros, depois de terem vivido em situação de maior conforto laboral. De um certo modo, o sofrimento social despontou, na pesquisa científica, como problema do trabalhador que se vem percebendo cada vez mais desamparado.

Evidentemente, a vinculação de condições adversas de vida e efeitos subjetivos de sofrimento segue sendo uma questão absolutamente importante, que se mantém na ordem do dia. Pode ser considerada agudizada, em nosso país, tanto pela espetacular crise econômica que vivemos presentemente, como pela ideia de reformas, trabalhista e previdenciária, que penalizam a população em geral e a população idosa em particular. Assim, não surpreende constatar que o estudo de sofrimentos sociais vividos pelos trabalhadores siga sendo considerado um tema de pesquisa altamente relevante.

Entretanto, o conceito de sofrimento social veio a ser ampliado posteriormente, numa obra, organizada por Kleinman, Das e Lock (1997), que se tornou rapidamente uma referência fundamental. Aí, figuram diversas condições sociais problemáticas, ligadas a perseguições políticas, à tortura, à guerra, ao antissemitismo e à opressão feminina, entre outras variadas formas de violência. Este movimento de percepção de sofrimentos sociais como não restritos às condições de trabalho, parece-nos muito importante na medida em que nos aproxima de modo confiável da concretude do acontecer humano. O reconhecimento de que variadas condições sociais problemáticas podem revelar-se como altamente significativas no engendramento de sofrimentos humanos pode contribuir decisivamente, a nosso ver, para um aprofundamento na compreensão de vários fenômenos, bem como para a proposição de intervenções clínicas, em vertentes terapêuticas e psicoprofiláticas, e para o fornecimento de subsídios para debates no âmbito dos movimentos sociais e da sociedade civil.

Utilizando, durante um certo tempo, as contribuições de Renault (2004;2008), definimos sofrimentos sociais como aqueles que decorrem de situações de opressão, discriminação e exclusão, causando sentimentos de desamparo, humilhação e injustiça. Claro que concebemos tal formulação como articulação entre recortes próprios da sociologia com outros usados pela psicologia concreta, que não invalida estudos relativos a outras determinações. Entendemos, com Bleger (1963), que no limite todos os sofrimentos humanos são sociais, pois as formas de organização da sociedade não podem deixar de gerar efeitos subjetivos que se apresentam como benéficos ou prejudiciais, como capazes de provocar bem-estar ou desconfortos intensos e profundos. Contudo, em termos de prática clínica e de vida cotidiana, parece-nos útil reconhecer a importância diferenciada da dimensão social de certas situações, tais como o racismo ou a opressão feminina.

Entretanto, a leitura de Fanon (1952) nos levou a admitir que condições sociais problemáticas podem provocar outros tipos de sofrimentos, para além do desamparo, da humilhação e da injustiça. Focalizando a situação do negro a partir de uma visão que combina aportes da fenomenologia com a psicanálise, esse autor indica como aquele pode ser lançado numa condição de dor emocional extrema, na medida em que é duramente atingido em sua relação com o próprio corpo, com a própria epiderme. Assim compreendemos que o racismo pode se vincular a angústias ligadas à despersonalização, mesmo quando o indivíduo não apresenta as fragilidades características de organizações psicóticas de personalidade:

Depois tivemos de enfrentar o olhar branco. Um peso inusitado nos oprimiu. O mundo verdadeiro invadia o nosso pedaço. No mundo branco, o homem de cor encontra dificuldades na elaboração de seu esquema corporal. O conhecimento do corpo é unicamente uma atividade de negação. É um conhecimento em terceira pessoa¹. Em torno do corpo reina uma atmosfera densa de incertezas. (Fanon, 1952, p.103).

O autor prossegue:

Elaborei, abaixo do esquema corporal, um esquema histórico-racial. Os elementos que utilizei não me foram fornecidos pelos “resíduos de sensações e percepções de ordem sobretudo tátil, espacial, cenestésica e visual”, mas pelo outro, o branco, que os teceu para mim através de mil detalhes, anedotas, relatos (Fanon, 1952, p. 105).

Como se vê, o indivíduo negro sofre por ser um corpo sobre o qual apenas com muita dor pode fundar as bases de seu *self*, no processo de personalização. Ainda que todo corpo vivo seja poderoso, como presença pulsante, acaba profundamente afetado pelo branco que humilha de mil formas, sem lhe permitir o esquecimento da condição do negro como ser inferior. Assim, promove-se uma evidente despersonalização, na medida em que o próprio indivíduo se vê impedido de ser “em primeira pessoa”, aprisionado por um corpo-coisa desvalorizado.

A opressão sofrida pelas mulheres guarda, sem dúvida, analogia com a condição do negro, de vez que, afora condições especiais de exceção, o sexo é tão imediatamente perceptível quanto a cor da pele. Entretanto, sem dúvida a condição feminina é mais

¹ Nossos grifos são usados para sublinhar o movimento de objetivação do corpo negro, na medida em que sua apreensão em primeira pessoa fica perturbada.

complexa, na medida em que os mesmos atributos que provocam humilhação, motivam reações outras, que vão desde a excitação sexual propriamente dita, que pode ser vivida, pela mulher, como valorização, até a idealização da função materna, apanágio naturalmente feminino. Aliás, vale aqui lembrar que mesmo a idealização da maternidade tem significado, no contexto contemporâneo, fonte de sofrimentos emocionais importantes (Schulte, 2016; Visintin, 2016), principalmente sob forma de sentimentos de culpa, vergonha, incapacidade, impotência e perplexidade.

Se os sofrimentos de trabalhadores, negros e mulheres são socialmente determinados, convém acrescentar temos constatado, por meio de pesquisas empíricas, que outros grupos, menos habitualmente vistos como vítimas, também sofrem discriminações que geram efeitos emocionalmente dolorosos. Aqui podemos incluir, como exemplos, pessoas adotadas (Pontes et al; 2008; Ferreira-Teixeira; Aiello-Vaisberg, 2004) e adolescentes (Pontes, 2011; Assis, 2014). Além disso, temos a impressão de que quanto mais pesquisamos outras condições, algumas das quais não obviamente concebidas como sofrimentos sociais, mais nos deparamos com uma diversidade maior no espectro dos sentimentos vivenciados pelas vítimas.

Sufrimentos Sociais na Obra de José Bleger

A expressão sofrimento social não é encontrada em textos blegerianos. Contudo, a noção da existência de sofrimentos emocionais socialmente engendrados é claramente trabalhada por esse autor. Evidentemente, Bleger (1963) não comete o equívoco de distinguir tipos de sofrimento que deveriam ser encaminhados para diferentes especialistas, basicamente o médico, que atenderia casos orgânicos, o psicólogo, que atenderia casos emocionais, e o assistente social, que cuidaria da pobreza extrema. Entendendo que existe uma natureza humana, essencialmente social, e reconhecendo a importância de capacidades psíquicas, que se ligam à simbolização, Bleger (1963) não pode deixar de admitir a importância de determinismos sociais e psicológicos da conduta. Complementarmente, combatendo o abstracionismo, não deixa também de abonar, a partir da fenomenologia, que o modo encarnado de ser do homem permite que condutas, entre as quais se inscreve o sofrimento, venham a se expressar no corpo. Assim, a questão da articulação entre determinantes biológicos, psicológicos e sociais, sob sua pena, não seguiria o princípio lógico da não-contradição, mas sim um caminho paradoxal, segundo o qual a conduta seria determinada não só por causas biológicas, mas também

psicológicas e não só psicológicas, mas também sociais, não só sociais, mas também geopolíticas e assim por diante.

Consideramos, com Bleger (1963), que num sentido radical todos os sofrimentos humanos são socialmente engendrados, porque nosso modo de existir é coexistência, que se dá sempre em contextos sociais. Contudo, temos considerado útil o uso da expressão para identificar fenômenos que se vinculam claramente a condições de opressão, discriminação e exclusão social, porque a negação dessa dimensão, com consequente reducionismo psicológico e/ou orgânico, claramente dificulta um equacionamento correto de variadas situações.

Podemos trazer aqui o exemplo do que acontece com adolescentes, que são vítimas de preconceitos, geralmente pouco admitidos, que, segundo observamos muitas vezes, repercutem fortemente em sua experiência emocional. Ora, se não reconhecermos o preconceito, que se encontra na raiz dos sofrimentos sociais do adolescente, tenderemos a negar que estão intimamente associados a falhas ambientais, que se dão no ambiente familiar, no ambiente escolar, nas instituições de saúde e na sociedade mais ampla (Pontes, 2011; Assis, 2014).

Similarmente, podemos nos recordar de que a difundida crença, de que pessoas adotadas seriam emocionalmente problemáticas, pode estar muito mais atrelada, do que pudemos supor anteriormente, a condições sociais, uma vez que a adoção, em nosso país, corresponde à transferência de crianças pobres institucionalizadas para lares de casais inférteis de classe média. Equacionar todas as questões existenciais de uma pessoa adotada ao fato de ter sido, como se diz, abandonada pela mãe, termo que insinua que a falta de amor é a questão nuclear em pauta, certamente não contribui para um acolhimento ético dos envolvidos nesse tipo de drama. Por outro lado, desconsiderar que a mãe adotiva – aquela que traz a criança para a clínica psicológica - é vítima de grande opressão, numa sociedade em que vige um imaginário segundo o qual nenhuma mulher pode se realizar verdadeiramente sem se tornar mãe biológica (Visintin, 2016), corresponde a equívoco que interfere fortemente na compreensão de várias questões.

Ou seja, o uso do conceito de sofrimentos sociais serve para conduzir o pensamento por certos caminhos, nos quais algumas dimensões do viver são enfatizadas, permitindo que aspectos da complexidade fenomênica, que antes permaneciam ensombrecidos, venham a ser melhor iluminados. Invocar as determinações sociais do sofrimento emocional consiste, portanto, numa espécie de artifício que favorece uma melhor

focalização de situações de opressão, discriminação e exclusão social. Por esta via, acabamos por realizar um trabalho interessante no sentido de tornar nossa visão sobre o acontecer humano maximamente concreta, superando cada vez mais os mitos do homem natural, abstrato e isolado das condições da vida social (Bleger, 1963). Além disso, colocamo-nos em posição de avançar um pouco mais em nosso conhecimento sobre os modos como se articulam os campos relacionais, nos quais se dão as interações afetivo-emocionais, e os contextos sociais, econômicos, culturais, históricos e geopolíticos.

Como bem aponta Bleger (1963), estamos acostumados a fantasiar que os atos das pessoas emanam a partir de sua interioridade psíquica, expressando escolhas racionais e efetividade do livre arbítrio. As condutas seriam, segundo tal visão, resultantes de decisões mentais, por meio das quais expressaríamos nossa personalidade, compreendida como autônoma e separada dos demais. Tal quadro se alterou quando a psicanálise freudiana houve por bem demonstrar que parte do psiquismo individual seria inconsciente. Assim, modificou-se o modo como concebemos o indivíduo, não mais senhor absoluto de seus domínios psíquicos, mas ainda singularidade individual completamente separada, desde sempre, dos demais. Ora, a psicologia concreta dá um passo além, ao postular que o inconsciente não corresponde a uma qualidade ou instância psíquica, e sim a campos de sentido afetivo-emocional que se constelam intersubjetivamente. Em outros termos, não carregaríamos o inconsciente dentro de nós, mas estaríamos inteiramente mergulhados em campos não conscientes, a partir dos quais emergiriam todas as condutas (Bleger, 1963).

Nossos atos cotidianos, essencialmente interativos, do ponto de vista ontológico, emergiriam sempre, nessa perspectiva, a partir de campos atualmente constelados, sendo aquilo que concebemos como individualidade nada mais do que a memória afetiva, predominantemente não consciente, constituída por interações vividas em outros campos pretéritos. Por outro lado, os campos de sentido afetivo-emocional têm lugar em contextos sociais e com esses se articulam inevitavelmente. Por exemplo, não existe interação conjugal que escape inteiramente dos modos como a relação entre homens e mulheres se configura numa dada formação social. Similarmente, os campos que se configuram entre passageiros, numa viagem aérea internacional, articulam-se, de um modo ou de outro, com contextos geopolíticos relativos ao fato de um dado país ser uma ex-colônia europeia e do outro ser, por exemplo, uma metrópole situada no hemisfério norte. Lembramo-nos, aqui, mais uma vez, das contribuições de Fanon (1952), quando

refere reações de medo, crianças brancas, que ocorrem em campos paranoides, que refletem contextos sociais nos quais os negros figuram como seres infra-humanos o que, aliás, legitima sua exploração como mão de obra.

Portanto, o uso do conceito de sofrimentos sociais inscreve-se, a nosso ver, como recurso importante toda vez que queremos sublinhar associação entre campos de sentido afetivo-emocional e contextos sociais mais amplos, porque suspeitamos da possibilidade de que reducionismos psicológicos, ligados a coletivos como o casal, a família ou a equipe de trabalho, deformem e comprometam nossas visões. Exemplos comuns desse tipo de equívoco são as teorizações que colocam em primeiro plano as organizações familiares, sem problematizar o mundo social maior no qual se inserem. Abordaremos, a seguir, a teoria da tendência antissocial, tal como proposta por Winnicott (1946;1956;1963;1967), para a seguir evidenciar modos de pensar este problema na atualidade brasileira.

A Psicopatologia Psicanalítica Concreta de Winnicott

Pensamos ser interessante abordar, nesse momento, a teoria winnicottiana da tendência antissocial que, a nosso ver, pode ser proveitosamente revisitada à luz do reconhecimento de que sofrimentos emocionais podem ser socialmente engendrados.

Cabe aqui lembrar que o estilo clínico “Ser e Fazer” veio a ser criado a partir de nossa busca por atender às exigências forjadas pela psicologia concreta a partir de críticas aos mitos do homem natural, abstrato e isolado (Politzer, 1928; Bleger, 1963), que apontavam, firmemente, para o desacerto de toda teorização de caráter metapsicológico. Encontramos em Winnicott (1958;1965;1971), uma teorização maximamente próxima ao acontecer clínico, o que nos entusiasmou pois aí vimos indícios de verdadeira possibilidade de um pensamento psicológico concreto.

Como sabemos, Freud (1915) usou o método psicanalítico para recolher material a partir do qual teorizou em termos metapsicológicos – fundamentalmente abstratos, que Greenberg e Mitchell (1984) identificam como inscritos sob o paradigma estrutural-pulsional. Os critérios freudianos segundo os quais se define a teorização metapsicológica são os seguintes:

Proponho que se fale de apresentação metapsicológica quando se conseguiu descrever um processo psíquico nas suas relações dinâmicas, tópicas e econômicas (Freud, 1915, p.121).

De acordo com o ponto de vista tópico, o aparelho psíquico seria formado por um conjunto de sistemas organizados entre si e diferenciados em termos de características e funções, que poderiam ser pensados como lugares psíquicos. O registro dinâmico consiste na visão segundo a qual os fenômenos psíquicos resultariam de conflitos entre forças pulsionais. Finalmente, o registro econômico diria respeito à ideia de que os processos psíquicos correspondem à circulação e distribuição de energias pulsionais (Laplanche e Pontalis, 1971). Como se vê, tais pontos de vista apontam para uma forma altamente abstrata de teorização.

Contudo, curiosamente, a psicopatologia freudiana não se firma apenas nesses três registros, mas invoca claramente um quarto registro, de caráter desenvolvimentista (Freud, 1916), no âmbito do qual foi cunhado o conceito de regressão, cujo uso se encontra bastante disseminado na psicologia contemporânea, psicanalítica ou não, como apontam Laplanche e Pontalis (1971), que assim definem assim esse verbete:

Num processo psíquico que contenha um sentido de percurso ou desenvolvimento, designa-se por regressão um retorno no sentido inverso desde um ponto já atingido até um ponto situado antes disso (Laplanche e Pontalis, 1971, p.567).

Os autores prosseguem:

No sentido temporal, a regressão supõe uma sucessão genética e designa o retorno do indivíduo a etapas ultrapassadas do seu desenvolvimento (fases libidinais, relações de objeto, identificações, etc) (Laplanche e Pontalis, 1971, p.568).

Como se vê, a ideia de regressão supõe teorizações relativas a processos de desenvolvimento – que efetivamente encontramos na obra freudiana. Entretanto, duas importantes constatações devem ser aqui registradas: 1) um ponto de vista desenvolvimentista não foi incluído por Freud (1915) na teorização metapsicológica, que valorizava de modo bastante enfático e 2) a psicopatologia psicanalítica toma os conceitos de desenvolvimento e regressão como organizadores teóricos.

Se refletirmos um pouco, cedo concluiremos que a ideia de desenvolvimento, diferentemente dos princípios metapsicológicos da tópica, da dinâmica e da economia, flagrantemente abstratos e objetivantes, pode ser usada de forma mais ou menos

abstrata. Assim tanto é possível vincular o desenvolvimento, no campo psicanalítico a algo bastante abstrato, como a energia libidinal, como a padrões de relações objetais, de caráter muito mais concreto.

Ora, organizando-se, fundamentalmente, a partir da proposição de uma teoria de amadurecimento emocional, concebida em termos de pautas relacionais, as formulações winnicottianas correspondem claramente a uma possibilidade de teorização dramática, segundo o exigido pela perspectiva epistemológica blegeriana. Na verdade, encontramos, no jogo do rabisco, uma eloquente demonstração de uma perspectiva que valoriza inquestionavelmente campos relacionais dramáticos e concretos, de caráter transferencial.

Podemos, desse modo, justificar porque temos proposto tomar Winnicott (1958;1965;1971) como interlocutor privilegiado em nossa busca por combinar o uso da psicanálise, como método investigativo e procedimento clínico, com uma produção de conhecimento sob forma de teóricas de caráter clínico, dramático e concreto, que tomam um esquema de pautas relacionais como organizador.

Contudo, o aprofundamento do estudo do texto winnicottiano, alimentado tanto pela clínica social, que praticamos institucionalmente, como pelas pesquisas que temos realizado nos últimos anos, conduziu-nos à percepção de que nele encontramos uma tendência de pensar o drama em termos sobretudo familiares, com relativa desconsideração dos contextos sociais mais amplos. Tal desconsideração se torna compreensível quando refletimos, em termos geopolíticos e históricos, sobre as condições sociais nas quais floresceu o pensamento winnicottiano. Afinal, diferentemente, por exemplo, de Fanon (1952), negro nascido numa ex-colônia francesa, de Bleger (1963), que combinava a condição de judeu, histórica e culturalmente muito significativa, com a de argentino, Winnicott (1958;1965;1971) exerceu a psicanálise e a psiquiatria infantil como homem branco inglês no contexto da capital do poderoso império britânico.

A proposta “Ser e Fazer”, forjada e exercida como clínica social por psicólogos brasileiros, no Brasil contemporâneo, tem-nos conduzido à valorização crescente das articulações entre campos de sentido afetivo-emocional e contextos sociais mais amplos. O reconhecimento da importância dos sofrimentos sociais é o que nos motiva a desenvolver uma leitura da obra winnicottiana que tanto nos permita aproveitar sua riqueza como apontar criticamente equívocos, lacunas e reducionismos eventuais.

Dois pontos, no pensamento winnicottiano, parecem exigir correções de rumo: a visão sobre a maternidade, a nosso ver demasiado comprometida com uma visão natural, abstrata e isolada da mãe (Visintin, 2016; Bleger, 1963) e a visão sobre a tendência antissocial, que enfatiza enormemente a relação do delinquente com a mãe e a família, mas deixa os contextos sociais bastante à sombra. Na verdade, tem-se a impressão de que a visão do autor acerca do social é um tanto simplista já que se assenta sobre dois tipos de configurações sociais: a paz da classe média inglesa e a guerra dos bombardeios de Londres pelos alemães. No momento, vamos abordar essa segunda questão, usando-a para demonstrar a importância da consideração dos contextos sociais para lograr compreensão mais confiável sobre o sofrimento emocional.

A Tendência Antissocial: Campos e Contextos

Lembramos, mais uma vez, que reconhecemos que o pensamento winnicottiano apresenta muitas virtudes na medida em que corresponde a uma teorização compreensiva, que se mantém muito próxima do acontecer clínico, organizando-se por uma teoria desenvolvimentista sobre padrões relacionais, que acompanham processos de constituição de *self*.

Tais aspectos positivos podem ficar bastante claros se considerarmos que se assenta sobre a uma visão do indivíduo que associa a capacidade de amadurecimento com a provisão de um ambiente suficientemente bom. Daí resulta uma perspectiva sobre a delinquência que associa basicamente três termos: privação afetiva na fase de dependência relativa, vivência de experiência de injustiça e esperança de reparação. Entretanto, apesar da amplitude que a questão da justiça coloca, de saída, a questão da privação fica restrita ao universo afetivo familiar, de modo que a criança vivenciaria vir a ser injustamente privada do amor de sua mãe. Ou seja, a criança que, na fase de dependência absoluta, teria sido contemplada com uma boa provisão ambiental, deixaria de recebe-la ao entrar na fase de dependência relativa, disso se dando conta em alguma medida.

Como se vê, estamos diante de uma construção teórica elegante, de caráter concreto, que se assenta sobre um drama humano vivido pela criança e sua mãe. Os determinantes sociais dessa situação são pouco explorados, mas sabemos bem Winnicott (1956) estudou-a em um contexto de guerra, que atingiu a capital de uma grande metrópole europeia, sob forma de interrupção de um cotidiano estável e satisfatório para as camadas médias da população. O evidente mérito dessa formulação

reside no reconhecimento de que a origem da problemática antissocial é concebida em termos absolutamente intersubjetivos, segundo interação entre a experiência emocional infantil e a provisão ambiental.

Entretanto, tal leitura do fenômeno não nos parece suficiente para dar conta de questões que aportam atualmente à clínica psicológica institucional brasileira, nem de outras com as quais nos temos deparado na realização de pesquisas, com o método psicanalítico, sobre sofrimentos sociais. Certamente, o fato dos campos de sentido afetivo-emocional, a partir dos quais emergem as condutas, como relações e interações humanas, inserirem-se em contextos sociais específicos, fortemente marcados pelo fato de sermos uma ex-colônia europeia, bastante populosa, cujos habitantes vivem, em sua esmagadora maioria, em condições de pobreza, não pode deixar de ser incluído em nossas reflexões teórico-clínicas.

Nesse contexto específico, temos sido levadas a conceber, como fundamentais, os seguintes pontos: aumento da percepção da criança acerca da realidade social, experiência de sofrimento e esperança de reparação. De acordo com tal perspectiva, aquilo que, até certo momento, seria vivenciado como forma natural de vida, como a condição de morador de rua ou de favela, começa a causar desconforto à medida em que aumentam, na criança, capacidades de percepção social. Provavelmente isso não ocorra com um bebê de seis meses, mas sim com crianças um pouco maiores. Entretanto, o importante não é a identificação da idade da criança e sim do acontecer humano em pauta, cabendo ressaltar que a esperança se vincula a sentimentos de que o desamparo e a humilhação cotidianos são inaceitáveis. Nessa linha de raciocínio, não estaria no âmago da gênese da tendência antissocial uma experiência de perda de afeto maternal, mas algo, que mesmo sendo assim decodificado, em virtude do grau de amadurecimento emocional infantil, consistiria, mais precisamente falando, em perda de uma certa inocência acerca da possibilidade de ser bem acolhido pelo mundo e pela vida.

Claro está que esta primeira ideia, que deve ser melhor pesquisada e desenvolvida, é uma hipótese de trabalho, que pode vir a ser aceita ou rejeitada futuramente. Contudo, o ponto importante, a ser imediatamente ressaltado, é a tentativa de nos deixarmos inspirar pela teorização winnicottiana, sem adotar uma postura colonial submissa que apenas nos permitiria aplicar na colônia o conhecimento produzido na metrópole. Assim como não há motivos para rejeitar ideias, só porque foram elaboradas por autores pertencentes aos povos colonizadores, tampouco temos razões para aceita-las sem

crítica, sendo fundamental, a nosso ver, a inclusão, no equacionamento dos problemas, da consideração dos contextos específicos do país em que vivemos.

Enfim, o ponto fundamental, a ser destacado, diz respeito ao fato da família inglesa ser considerada, pelo pensamento winnicottiano, de modo natural, abstrato e isolado das condições concretas da vida social. Entretanto, esse movimento, que no pensamento se firma como abstração, certamente serve, de fato, à manutenção e fortalecimento de certas condições geopolíticas ligadas à colonialidade do poder, do saber e do ser (Maldonado-Torres, 2008). Algumas colocações de Fanon (1952) podem ser aqui produtivamente lembradas, tendo em vista focalizar diferenças fundamentais entre a psicanálise e sua revisão nos termos da psicologia concreta e do estilo clínico “Ser e Fazer”:

Nunca se salientará suficientemente que a psicanálise, como se sabe, se propõe a compreender determinados comportamentos no seio de um grupo específico representado pela família. E quando se trata de uma neurose vivida por um adulto, a tarefa do analista é reencontrar, na nova estrutura psíquica, uma analogia com certos elementos infantis, uma repetição, uma cópia de conflitos surgidos no seio da constelação familiar. Em qualquer dos casos, procura-se considerar a família como objeto e circunstâncias psíquicas. Todavia, no nosso caso, os fenômenos vão se complicar significativamente. A família, na Europa, representa uma maneira que tem o mundo de se oferecer à criança. A estrutura familiar e a estrutura nacional mantêm relações estreitas. A militarização e a centralização da autoridade de um país conduzem automaticamente a uma recrudescência da autoridade paterna. Na Europa, e em todos os países ditos civilizados ou civilizadores, a família é um pedaço da nação. A criança que deixa o meio familiar reencontra as mesmas leis, os mesmos princípios, os mesmos valores. Uma criança normal, crescida num meio familiar normal, será uma criança normal. Não há desproporção entre a vida familiar e a vida nacional”. (Fanon, 1952, p.128).

Ora, num país como o nosso, em que vigem condições sociais perversas, que se encontram na antípoda da justiça social, não podemos nos furtar a considerar os contextos sociais para pensar apenas em interações que se dão no âmbito familiar. Urge, portanto, abandonar visões que tratam a família em termos naturais, isolados e abstratos se estamos realmente interessados em contribuir para a superação de sofrimentos que são, de fato, socialmente engendrados.

Em pesquisa anterior (Montezi et al, 2013), estudamos uma produção cinematográfica brasileira centrada na história de uma família composta pela mãe gestante e seus quatro filhos, uma criança e três adolescentes, todos filhos de diferentes parceiros. Aí encontramos a chamada configuração matrifocal, que se define como grupo doméstico qualifica um grupo doméstico centrado na mãe, em função do pai se encontrar ausente ou desempenhar um papel francamente secundário ². Certamente não por acaso o conceito de matrifocalidade foi inicialmente proposto no contexto do estudo de famílias negras nas Américas (Smith, 1996).

De todo o modo, o que nos importa aqui destacar, para finalizar essa exposição, é o fato da adolescência ser vivida como uma luta, por filhos que reconhecem a dedicação materna mas sentem falta de outras fontes de amparo, ora buscado na religião, ora buscado na carreira futebolística (Rodrigues, 2015), ora buscado em práticas delinquentiais, visivelmente motivadas pela busca de indenizações pessoais em um mundo social injusto. Com certeza seria tentador buscar explicar todo o drama vivenciado como decorrência da ausência paterna, fato bastante pontuado na obsessão do filho caçula em buscar encontrar o próprio pai. Entretanto, com certeza esta seria uma empreitada arriscada, porque correríamos o risco de considerar a família nuclear como o mais avançado arranjo cultural – ao invés de entender que consiste, realmente, apenas num dos arranjos possíveis. Compreender que adolescentes sem pai podem sofrer por esse fato porque percebem que nas famílias de classe média as coisas se passam diferentemente, e não porque não usufruem de um bem inquestionável, fará, a nosso ver, toda a diferença.

Referências Bibliográficas

Assis, N.D.P. (2014) Problemáticos ou Invisíveis: O Imaginário Coletivo de Idosos sobre Adolescentes. Dissertação de Mestrado. Campinas, PUC-Campinas.

Bleger, J. (1963) Psicologia de la Conduta. Buenos Aires: Paidós.

Desjours, C. (1980) Psychopathologie du Travail Paris: E.S.F. Editeur.

Fanon, F. (2008) Pele Negra, Máscaras Brancas. Trad. Renato da Silveira. Salvador:

² Constatou-se, no Censo Demográfico de 2010, o último realizado em nosso país, que 30,2% dos indivíduos pesquisados eram responsáveis pela unidade doméstica. Dentre esses, 61,3% eram homens, o equivalente, à época, a 35 milhões de habitantes, e 38,7%, equivalentes a 22 milhões de pessoas, eram mulheres (IBGE, 2010).

Edufba. Original publicado em 1952.

Freud, S. (1948) *Metapsicologia*. Madrid: Biblioteca Nueva. Original publicado em 1915.

Freud, S. (1948) *Algumas Ideias acerca Desenvolvimento – Regressão*. Conferências Introdutórias em Psicoanálise. Madrid: Biblioteca Nueva. Original publicado em 1916.

Ferreira-Teixeira; Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004) . *Concepções sobre adoção entre psicólogos e psicanalistas: observações iniciais*. In: XIII Encontro Latino-Americano sobre o Pensamento de Donald Winnicott, 2004, Porto Alegre. XIII Encontro Latino-Americano sobre o Pensamento de Donald Winnicott. Porto Alegre, 2004. p. 155-159.

Greenberg, J. ; Mitchell, S.A. (1983) *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge :Harvard University Press

IBGE -Brasil Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010) *Censo Demográfico: Características da população e dos domicílios*.

Kleinman, A.; Das, V.; Lock, M. (1997) *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.

Laplanche, J. ; Pontalis, J.B. (1971) *Vocabulário de Psicanálise*. Trad. Pedro Tamen. Lisboa: Moraes Editores.

Maldonado-Torres, N. (2008) *A Topologia do Ser e a Geopolítica do Conhecimento: Modernidade, Império e Colonialidade*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 80, p. 71:114.

Montezi, A. V.; Barcelos T.F.; Ambrosio, F.F.; Aiello-Vaisberg, T.M.J. *Linha de Passe: Adolescência e Imaginário em um Filme Brasileiro*. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 19, n. 1, p. 74-88, abr. 2013

Politzer, G. (1928) *Critique des Fondements de la Psychologie*. Paris: PUF.

Pontes, M.L.S. (2011) *“A Hora H”: O Imaginário Coletivo de Profissionais de Saúde Mental sobre a Adolescência*. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUC-Campinas.

Pontes, M.L.S.; Cabrera, J.C; Ferreira, M.C.; Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008) *Adoção e Exclusão Insidiosa: Imaginário Coletivo de Professores sobre a Criança Adotiva*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13 (3), p. 495-502.

Renault, E. (2004) *L'Expérience de l'injustice. Reconnaissance et clinique de l'injustice*.

Paris: La Découverte.

Renault, E. (2008) *Souffrances Sociales. Sociologie, Psychologie et Politique*. Paris:La Découverte.

Rodrigues, L.M. (2016) *O Imaginário de Adolescentes sobre o Esporte: Um Estudo Psicanalítico*. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUC-Campinas.

Schulte, A. A. (2016) *Maternidade Contemporânea como Sofrimento Social em Blogs Brasileiros*. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUC-Campinas.

Smith, R. T. (2014) *The Matrifocal Family: Power, Pluralism and Politics*. London: Routledge/Kindle. Original publicado em 1996.

Visintin, C.N. (2016) *Maternidade e Sofrimento Social: Estudo de Mommy Blogs*. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUC-Campinas.

Winnicott, D. W. (1946). *Alguns aspectos psicológicos da delinquência juvenil*. In. *Privação e Delinquência*. São Paulo, Martins Fontes, 1999.

Winnicott, D. W. (1956). *A tendência antissocial*. In. *Da pediatria à psicanálise*. Rio de Janeiro, Imago, 2000.

Winnicott, D.W. (1958) *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. London: Tavistock.

Winnicott, D. W. (1963). *Psicoterapia dos distúrbios de caráter*. In. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre, Artemd, 1983.

Winnicott, D.W. (1965) *Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth Press.

Winnicott, D. W. (1967). *A delinquência como sinal de esperança*. In. *Tudo começa em casa*. São Paulo, Martins Fontes, 1999.

Winnicott, D.W. (1971) *Playng and Reality*. London: Tavistock.

A ESCALA DE EXPOSIÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA (CHILDREN'S EXPOSURE TO DOMESTIC VIOLENCE SCALE) NO CONTEXTO BRASILEIRO

Antonio Augusto Pinto Junior – Universidade Federal Fluminense

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo – Universidade de São Paulo

Resumo: O objetivo do presente estudo foi buscar evidências de validade de conteúdo e de critério da *Children's Exposure to Domestic Violence Scale* (CEDVS), destinada a crianças e adolescentes, que avalia um continuum de experiências de exposição à violência e a necessidade correspondente de intervenções práticas. Para a validação de conteúdo foram realizadas: tradução, retrotradução, equivalência semântica, análise do instrumento por profissionais da área e avaliação por amostra da população alvo. Já para a validade de critério, o instrumento foi aplicado a 454 crianças e adolescentes, do estado do Rio de Janeiro e de São Paulo, de ambos os sexos, na faixa etária de 10 a 16 anos, divididos em dois grupos (vítimas de violência doméstica e sem suspeitas de vitimização). Para a análise dos resultados as médias dos grupos foram comparados através do teste U de Mann-Whitney, com nível de significância de $p \leq 0,05$. Os resultados apontam para a viabilidade da utilização do instrumento no contexto brasileiro e boa adequação aos três critérios de validade. No entanto, ainda são necessários novos estudos com aumento da amostra.

Palavras-chaves: violência doméstica; conflito conjugal; crianças, adolescentes, validade.

Introdução

O fenômeno da violência, em sua complexidade e multicausalidade, tem atingido também crianças e adolescentes, principalmente no ambiente doméstico. De acordo com Patias, Bossi e Dell'Aglio (2014), a violência intrafamiliar de pais contra seus filhos pode se manifestar de forma direta, por meio da violência física, psicológica, sexual ou negligência, ou de maneira indireta, pela violência conjugal testemunhada pelos filhos. Edleson et al (2007) afirmam que os estudos sobre a violência testemunhal adotam diferentes definições, sendo muitas parciais e/ou imprecisas. Uma das mais utilizadas é

a citada por Jouriles, McDonald, Norwood e Ezell (2001) que consideram a violência testemunhal como toda violência que ocorre entre os parceiros adultos no contexto de um relacionamento heterossexual íntimo, legalmente casados ou não. Segundo os autores, a criança exposta à violência conjugal é aquela que viu, ouviu um incidente de agressão à mãe, viu o seu resultado ou vivenciou o seu efeito quando interagindo com seus pais.

Apesar de se mostrar uma definição e caracterização bastante amplas do fenômeno, em função das atuais mudanças nas configurações familiares, e da possibilidade da violência ser cometida também pela mulher contra seu companheiro (Patias, Bossi, & Dell'Aglio, 2014), considera-se mais adequado adotar a seguinte conceituação para a violência conjugal testemunhada: toda violência que ocorre entre os parceiros adultos no contexto de um relacionamento íntimo, legalmente casados ou não. A criança não precisa observar a violência para ser afetada por ela. A criança exposta à violência testemunhal é aquela que viu, ouviu um incidente de agressão a um dos cônjuges, viu o seu resultado ou vivenciou o seu efeito na interação com seus pais ou responsáveis.

Embora extremamente relevante para o estabelecimento de políticas públicas de atendimento, é difícil definir com rigor a incidência do fenômeno da violência doméstica, principalmente aquela testemunhada por crianças e adolescentes (Tardivo & Pinto Junior, 2010). Contudo, investigações, principalmente internacionais, vêm apontando a gravidade desse fenômeno em termos de incidência e/ou prevalência na população infanto-juvenil.

Finkelhor, Hamby, Omrod, e Turner (2009) realizaram um estudo visando à obtenção de estimativas de exposição de crianças e adolescentes a todos os tipos de violência doméstica nos Estados Unidos, por meio de uma pesquisa transversal que envolveu uma amostra de 4.549 crianças de 0 a 17 anos. Os resultados apontam que a grande maioria (60,6%) das crianças e adolescentes vivenciou pelo menos uma vitimização direta ou foi testemunha de violência no ano anterior. Quase a metade (46,3%) havia experimentado uma agressão física no ano de estudo; 1 em 4 (24,6%) havia experimentado uma agressão psicológica; 1 em 10 (10,2%) havia experimentado uma forma de “maus tratos”; 6,1% foram vítimas de abuso sexual, e mais de 1 em 4 (25,3%) tinham sido testemunhas de violência ou vivido outra forma de vitimização indireta no ano, incluindo 9,8% que haviam testemunhado uma violência intrafamiliar. Um em 10 (10,2%) havia sofrido uma lesão relacionada com a vitimização. Mais de um terço (38,7%) tinham sido expostas a duas ou mais vitimizações diretas, 10,9% tinham vivenciado cinco ou mais vitimizações, e 2,4% tinham sofrido 10 ou mais episódios de violência doméstica durante o ano de

estudo. A partir desses dados, os autores concluíram que a abrangência e diversidade de exposição da criança à violência doméstica não é bem reconhecida, por isso psicólogos e pesquisadores necessitam investigar com precisão a amplitude desse tipo de vitimização para serem capazes de identificar crianças vulneráveis.

Edleson et al (2007), assinalam que entre 10% e 20% das crianças americanas são expostas à violência conjugal de seus pais. Também Thompson, Saltzman e Johnson (2003), em um estudo multicêntrico, apontaram que cerca de 30% de mulheres vítimas de violência doméstica no Canadá e 40% nos Estados Unidos confirmaram que seus filhos testemunharam episódios de violência conjugal em casa.

No Brasil, as estatísticas nesta área mostram-se escassas e a maior parte se origina de pesquisas acadêmicas. As investigações no Brasil voltam-se principalmente à violência perpetrada contra a criança e o adolescente, sem dar atenção à exposição indireta da violência conjugal (Durand, Schraiber, França, & Barros, 2011). Um dos estudos que visou mapear a incidência da exposição à violência doméstica, realizado em São Gonçalo/RJ, destaca que 21,4% das crianças entre seis e 11 anos, estudantes de escolas públicas, estão expostas às agressões físicas ou verbais entre seus pais (Assis, Avanci, Pesce, & Ximenes, 2009).

A dificuldade em mensurar a violência doméstica testemunhal se deve ao fato que a maioria das investigações refere-se a estimativas aproximadas do número de crianças expostas a esse tipo de violência e muitas se utilizam de medição indireta. Além disso, nem todos os estudos, que utilizam diferentes instrumentos (como testes padronizados, questionários, entrevistas e/ou observações) investigam as diversas formas de vitimização (física, sexual e psicológica) a que foram expostos cônjuges e filhos, prevalecendo as agressões físicas. Da mesma forma, existem poucos estudos que avaliam e discutem o impacto dessa vivência no desenvolvimento dos filhos (Edleson et al, 2007; Patias et al., 2014). Contudo, considerando que a vitimização infantil é um problema de difícil identificação e intervenção pelos profissionais que trabalham com essa demanda, torna-se fundamental o investimento em estudos nessa área, pois a avaliação desse tipo de exposição requer muito cuidado no seu planejamento e o profissional deve ter a sua disposição instrumentos que garantam sua validade e precisão.

A partir do exposto, o presente estudo objetivou encontrar evidências de validade de critério e de conteúdo (Pasquali, 2003) da *Children's Exposure to Domestic Violence Scale* (CEDVS) para o contexto brasileiro. Para verificar validade de critério (concorrente), verificou-se se esse instrumento é capaz de discriminar crianças e

adolescentes vítimas de violência doméstica daqueles que não o são. A validade de conteúdo foi verificada a partir da análise de juízes avaliadores. Dessa forma, após o levantamento de tais evidências de validade, espera-se contribuir para o desenvolvimento de novas pesquisas acerca do impacto da exposição à violência conjugal sobre a saúde mental das vítimas, bem como oferecer parâmetros de intervenção e prevenção desse fenômeno.

Método

O presente estudo comparou crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica com aqueles sem suspeita de vitimização, controlando as variáveis sexo, idade e condição socioeconômica. Apesar dos controles tomados, trata-se de um estudo correlacional, frequente em pesquisas que buscam compreender o fenômeno da violência.

Participantes

A amostra foi composta por 454 participantes com idades entre 10 e 16 anos, dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo. Do total, 251 (55,3%) eram do sexo feminino e 203 (44,7%) do sexo masculino, distribuídos em dois grupos: controle e clínico, representando, respectivamente, 55,3% e 44,7% da amostra. Este último foi composto por vítimas de violência sexual, físico ou ambas, e o primeiro, por sujeitos sem suspeita de vitimização.

Instrumento

Children's Exposure to Domestic Violence Scale - CEDVS (Edleson, Johnson & Shin, 2007): este é um instrumento de autorrelato usado para medir o grau de exposição à violência conjugal e os múltiplos fatores relacionados. A referida escala é composta por 42 questões distribuídas em seis subescalas que medem: a exposição à violência conjugal (violência testemunhal); a gravidade da exposição; a exposição à violência na comunidade; o envolvimento da criança nas situações de violência conjugal; os fatores de risco para a exposição da violência testemunhal; outros tipos de vitimização.

Cada questão é respondida utilizando uma escala de quatro pontos do tipo "Likert": "Nunca", "Às vezes", "Muitas vezes", e "Quase sempre", sendo que a maior pontuação indica mais probabilidade de exposição à violência, envolvimento, riscos ou vivência de outros tipos de vitimizações. Além das 42 questões, o instrumento contempla nove perguntas para coletar informações demográficas, incluindo gênero, idade, raça e etnia,

situação de vida atual, composição familiar, e finaliza com uma pergunta sobre passatempos favoritos da criança/adolescente.

Procedimentos

Para avaliar a validade de conteúdo, inicialmente foi realizada a tradução do instrumento original do inglês para o português por um profissional graduado em letras, com especialização em inglês e com experiência na temática da violência doméstica. Posteriormente, o instrumento foi novamente traduzido para o inglês (back translation) por outro profissional com as mesmas qualificações.

A seguir, foi realizada uma revisão técnica e de equivalência semântica por outros dois profissionais, de forma independente, com as mesmas qualificações dos anteriores. A partir das observações desses dois profissionais elaborou-se uma versão preliminar. Essa versão preliminar foi, então, encaminhada para três profissionais (juízes) que trabalham na área da violência doméstica e avaliação psicológica, para analisar a validade de conteúdo. A partir das sugestões dos juízes, foram feitas modificações no instrumento para a versão final, para melhor atender aos critérios de adaptação à realidade brasileira, compreendendo, assim, 39 questões.

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense (FM/UFF/HU), sob o parecer nº 850.078/2014. Para o levantamento de evidências de validade de critério, foi feita a aplicação dos instrumentos nos participantes de ambos os grupos de pesquisa, ou seja, grupo clínico e de controle. Os dados do presente trabalho foram coletados de forma individual nas instituições (de acolhimento e centros de assistência social para o grupo clínico ou escolas públicas para o grupo controle) em que os participantes foram identificados. Após a aplicação do instrumento, procedeu-se à avaliação e pontuação.

Análise dos dados

Todos os dados obtidos foram colocados em bases de dados para análise estatística, valendo-se dos programas *Microsoft Excel 2007* e *SPSS*. Os resultados do grupo clínico e do grupo de controle foram comparados em relação à CEDVS. Considerando que a distribuição dos dados é não-paramétrica, as médias dos grupos foram comparados através do teste U de Mann-Whitney, com nível de significância de $p \leq 0,05$.

Resultados e Discussão

A validade de critério concorrente foi analisada a partir da comparação dos dados da amostra clínica com o grupo controle. O objetivo foi o de verificar se a CEDVS discrimina

os dois grupos, por meio da comparação de médias. Os resultados são apresentados na Tabela 1.

TABELA 1. MÉDIA, DESVIO-PADRÃO E U DE MANN-WHITNEY EM FUNÇÃO DO GRUPO PARA AMOSTRA TOTAL.

Escalas		Clínico	Controle	U
Exposição à Violência Conjugal	Média	7,24	2,37	9.899,000*
	DP	5,45	2,37	
Gravidade da Exposição	Média	18,94	6,81	9.892,500*
	DP	12,88	6,38	
Exposição à Violência na Comunidade	Média	8,44	6,08	17.158,500**
	DP	4,40	3,39	
Envolvimento	Média	4,26	1,12	10.991,000**
	DP	3,82	2,28	
Fatores de risco	Média	4,42	1,68	9.745,500*
	DP	2,66	1,60	
Outros tipos de Vitimização	Média	2,45	0,73	11.131,500**
	DP	1,99	1,15	
Total	Média	26,81	11,98	8.237,500*

DP

13,15

7,44

Nível de Significância de $p \leq 0,05$

Em todas as subescalas e no total de pontos percebeu-se que os resultados do grupo clínico apresentaram uma média maior e também uma maior variação. Por meio do teste *U de Mann-Whitney*, concluiu-se que em todas as outras dimensões houve diferença significativa entre os dois grupos, tanto para a média como para as variabilidades. Os

dados obtidos mostraram que o instrumento foi bastante sensível na caracterização/confirmação dos casos de exposição à violência doméstica para a realidade brasileira, na medida em que, no grupo de participantes que apontaram suspeitas de vitimização o instrumento mostrou índices altos, estatisticamente significativos, diferentemente do grupo controle, em que o índice não foi sugestivo de experiências de violência.

Considerações Finais

A exposição de crianças e adolescentes à violência doméstica vem sendo reconhecida tanto como um importante problema social quanto um problema de saúde pública em função dos dados de incidência na população mundial e das consequências e sequelas que acarreta no desenvolvimento psicossocial das vítimas. Essa situação exige o desenvolvimento de políticas de intervenção, prevenção e combate do fenômeno. Para tanto, torna-se importante o investimento em pesquisas com instrumentos que auxiliem os profissionais da área na identificação e mapeamento da amplitude e caracterização da violência testemunhada. Especialmente, escalas e inventários são recursos que somam a outros métodos para ajudar os na notificação e compreensão desse tipo de experiência. Mas para cumprir sua função, esses instrumentos de avaliação objetiva devem garantir a confiabilidade das inferências feitas a partir de estudos de validade.

Considerando que, particularmente no Brasil, uma das dificuldades enfrentadas é a relativa falta de instrumentos que facilitem a identificação da exposição de crianças e adolescentes à violência doméstica, um dos objetivos deste trabalho foi avaliar a adaptação da CEVDS no contexto brasileiro, comparando os resultados entre um grupo de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica com um grupo de controle, sem suspeitas de vitimização. As diversas comparações realizadas mostraram que a referida escala diferenciou de forma estatisticamente significativa os grupos de participantes.

Foi possível traduzir o instrumento e empregá-lo numa amostra representativa, que trazer evidências mais sólidas de que esse é um instrumento que discrimina crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica daqueles que não apresentavam este tipo de problemática na amostra estudada. Como a tradução do instrumento foi cuidadosa e também os juízes *experts* deram seu parecer, pode-se aferir as evidências de validade de conteúdo nessa prova.

Os resultados mostram que esse instrumento poderá funcionar como recurso técnico auxiliar para profissionais que trabalham em instituições de proteção de crianças e adolescentes, além de embasar medidas preventivas e interventivas nessa área. O fato de o instrumento ter demonstrado boas propriedades psicométricas sugere um bom potencial para o uso aplicado. Entretanto, devem ser desenvolvidos novos estudos, com inclusão de questões em subescalas com pequeno número de itens, aumento do número de participantes, e aplicação do instrumento com outras amostras representativas para confirmação das estruturas estabelecidas nesta investigação e para a realização de análises mais complexas.

Referências

- Assis, S. G. D., Avanci, J. Q., Pesce, R. P., & Ximenes, L. F. (2009). Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(2), 349-361.
- Durand, J. G., Schraiber, L. B., França, I., Jr., & Barros, C. (2011). Repercussões da exposição à violência por parceiro íntimo no comportamento dos filhos. *Revista de Saúde Pública*, 45(2), 355-364.
- Edleson, J.L., Johnson, K.K., & Shin, N. (2007). *Children's Exposure to Domestic Violence Scale: user manual*. Minnesota: Minnesota Center Against Domestic Violence (MINCAVA): University of Minnesota.
- Finkelhor, D., Turner, H., Ormrod, R., & Hamby, S. (2009). Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*, 124(5), 1411-1423.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Norwood, W. D. & Ezell, E. (2001). Issues and controversies in documenting the prevalence of children's exposure to domestic violence. In S. A. Graham-Bermann & J. Edleson (Orgs.), *Domestic violence in the lives of children: the future of research, intervention, and social policy* (pp. 13-34). Washington: American Psychological Association.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Petrópolis: Vozes.

Patias, N.D., Bossi, T. J., & Dell'Aglio, D. D. (2014). Repercussões da exposição à violência conjugal nas características emocionais dos filhos: revisão sistemática da literatura. *Temas em Psicologia*, 22(4), 901-915.

Tardivo, L.S.P.C., & Pinto Junior, A.A. (2010). IFVD: inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes. São Paulo: Vetor.

Thompson, M.P., Saltzman, L.E., & Johnson, H. (2003). A comparison of risk factors for intimate partner violence-related injury across two national surveys on violence against women. *Violence Against Women*, 9, 438-457.

1º SIMPÓSIO

PROPOSTAS DE

TRATAMENTO COM

ADOLESCENTES

THERAPIST CHARACTERISTICS TO FACILITATE PSYCHOTHERAPY PROCESS WITH ADOLESCENTS: AN EXAMPLE USING ADOLESCENT IDENTITY TREATMENT*

Pamela Foelsch and Nelson Valdes

Engaging adolescents in psychotherapy can sometimes be a challenge, especially when they are brought to treatment against their will. In addition to developing a good therapeutic alliance, there are also challenges to fostering effective and efficient therapeutic change. In Adolescent Identity Treatment (AIT; Foelsch et al, 2014, 2015, 2016) we have identified specific therapist characteristics that not only facilitate creating and maintaining a good therapeutic alliance, but also work together with specific techniques to produce more effective therapeutic change. Clinical illustrations of both the therapist characteristics and techniques will be provided from our psychotherapy process research applying AIT to an adolescent girl with identity diffusion and poor interpersonal functioning.

CARACTERÍSTICAS DO TERAPEUTA PARA FACILITAR O PROCESSO PSICOTERAPÊUTICO COM ADOLESCENTES- UM EXEMPLO COM O USO DO TRATAMENTO COM FOCO NA IDENTIDADE³

Pamela Foelsch and Nelson Valdes

Adolescentes se engajarem em psicoterapia pode ser às vezes um desafio, especialmente quando eles são trazidos ao tratamento contra a sua vontade. Além disso para desenvolver uma boa aliança terapêutica, também se configuram em desafios para promover uma mudança terapêutica eficaz e eficiente. No método Tratamento do Adolescente com Foco na Identidade (AIT; Foelsch et al, 2014, 2015, 2016), identificamos características específicas do terapeuta que não só facilitam a criação e

³ Tradução livre da responsável Professora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

manutenção de uma boa aliança terapêutica, mas também trabalham em conjunto com técnicas específicas para produzir a mudança terapêutica mais eficaz. São incluídas ilustrações clínicas que mostram as características e as técnicas do terapeuta, a partir da pesquisa realizada pelos autores sobre o processo de Psicoterapia Com do Adolescente com Foco na Identidade (AIT) em especial no caso de uma adolescente com difusão de identidade e mau funcionamento interpessoal.

INTERACCIÓN ENTRE DIFUSIÓN DE IDENTIDAD Y ABUSO DE ALCOHOL Y DROGAS DURANTE LA ADOLESCENCIA: DESAFÍOS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA**

Andres Borzutzky

Un adolescente que se presenta con dificultades conductuales o emocionales, pero que posee una identidad integrada y diferenciada, podría estar atravesando una crisis de identidad. En un desarrollo normal de la identidad, la integración de las representaciones del self y la diferenciación de las representaciones integradas de los otros, permite un funcionamiento adaptativo y flexible. En este caso, el self es capaz de alcanzar metas, obtener satisfacción y placer en las actividades productivas, así como capaz de comprometerse en relaciones interpersonales satisfactorias de mutualidad y reciprocidad. Sin embargo, cuando estas capacidades están ausentes, esto puede ser un indicador de una difusión de identidad, la cual clínicamente es considerada como una base de posteriores patologías de la personalidad, expresadas en un amplio espectro de conductas desadaptativas y disfuncionales. Algunas de las conductas de riesgo más habituales en los adolescentes que consultan son: suicidabilidad, conductas agresivas y autoagresivas, uso de alcohol o drogas, trastornos alimentarios, dificultades en el ambiente (por ejemplo, rehusarse a ir a la escuela), o más frecuentemente aún, una interacción de todas las anteriores. El abuso de alcohol y drogas durante la adolescencia interfiere en el desarrollo de la personalidad y es sin duda su abordaje uno de los mayores dificultades de la practica clínica.

El instituto medico Schilkut lleva mas de 20 años tratando pacientes con el método Schilkut para el tratamiento de las adicciones. Es un gran desafío tratar a pacientes con comorbilidad, en forma temprana, oportuna y eficaz, diferenciando crisis normativa de difusión de Identidad, con la complejidad de agregar el uso temprano de alcohol y sustancias.

Para lidiar con las necesidades especificas de estos pacientes, e intervenir oportunamente, hemos estado implementando una combinación de Adolescent Identity Treatment (AIT) (Foelsch, P.A., Schlüter-Müller, S., Odom, A.E., Arena, H., Borzutzky H., A., Schmeck, K.2013, Springer) con el método Schilkut (Schilkut 1991, 1996) desde el año 2008, desarrollando modificaciones para la evaluación, detección y intervención

temprana. Ilustraremos el impacto del uso temprano de sustancias en la identidad, su evaluación y tratamiento a través de un caso clínico de comorbilidad de difusión de identidad y adicción.

Esta presentación tiene el objetivo de ilustrar a través de un caso clínico, cómo la difusión de identidad contribuye a la expresión de conductas de riesgo en los adolescentes, y cómo estas conductas terminan perpetuando a su vez, los principales conflictos en el desarrollo normal de su identidad. Se utilizarán viñetas clínicas del paciente obtenidas a lo largo de su tratamiento. Se espera aportar a los participantes una mayor comprensión de la difusión de identidad y algunas de las estrategias de abordaje de estas conductas de riesgo, de modo que puedan ser trabajadas las habilidades que requieren para tener mejores relaciones interpersonales, para plantearse metas de vida, adquieran una autoestima positiva, y puedan enfrentar la adultez de manera más productiva y significativa.

INTERAÇÃO ENTRE DIFUSÃO DE IDENTIDADE E ABUSO DE ÁLCOOL E DROGAS DURANTE A ADOLESCÊNCIA: DESAFIOS PARA A PRÁTICA CLÍNICA⁴

Andres Borzutzky

Um adolescente que se apresenta com dificuldades comportamentais ou emocionais, mas possui uma identidade integrada e distinta pode estar passando por uma crise de identidade. No desenvolvimento normal da identidade, a integração de representações de si e diferenciação de outras representações integradas, permite uma adaptação e operação flexível. Neste caso, o self é capaz de atingir metas, obter satisfação e prazer em atividades produtivas e é capaz de se envolver em relações interpessoais satisfatórias de mutualidade e reciprocidade. No entanto, quando estas capacidades estão ausentes, este pode ser um indicador de difusão de identidade, que é considerada clinicamente base de posteriores patologias de personalidade, expressas num amplo espectro de comportamentos não adaptados e disfuncionais. Alguns dos

⁴ Tradução livre da responsável – Professora Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

comportamentos de risco mais comuns em adolescentes que consultam são: suicídio, comportamento agressivo e auto-agressivo, abuso de álcool ou drogas, distúrbios alimentares, problemas no ambiente (por exemplo, recusa de ir à escola), ou mais frequentemente uma interação de todos esses citados. O abuso de álcool e drogas durante a adolescência interfere no desenvolvimento da personalidade e sua abordagem é, certamente, uma das maiores dificuldades na prática clínica.

O instituto médico Schilkrut (Santiago – Chile) há mais de 20 anos trata pacientes com o método Schilkrut para o tratamento das adições.

É um grande desafio pacientes tratar com comorbidade de forma precoce, oportuna e eficaz, diferenciando a crise normativa da difusão de identidade, com a complexidade de agregar o uso precoce de álcool e substâncias.

Para lidar com as necessidades específicas destes pacientes e intervir de forma eficaz, implementamos uma combinação de Tratamento do Adolescente com Foco na Identidade (AIT) (Foelsch, P.A., Schlüter-Müller, S., Odom, A.E., Arena, H., Borzutzky H., A., Schmeck, K.2013, Springer) com o método Schilkrut (Schilkrut 1991, 1996) desde o ano de 2008. Assim desenvolvemos modificações para a avaliação, detecção e intervenção precoce. Ilustraremos o impacto do uso de substâncias na identidade, sua avaliação e tratamento através de um caso clínico de co-morbidade de difusão de identidade e adição.

Esta apresentação tem como objetivo ilustrar através de um caso clínico, como difusão de identidade contribui para a expressão do comportamento de risco em adolescentes, e como estes comportamentos acabam perpetuando, por sua vez, os principais conflitos no desenvolvimento normal de sua identidade. Serão apresentadas vinhetas clínicas obtidos ao longo do tratamento do paciente. Espera-se proporcionar aos participantes uma maior compreensão da difusão de identidade e algumas das estratégias de abordagem destes comportamentos de risco, de modo que possam ser trabalhadas as habilidades que se requer para terem melhores relações interpessoais, para colocarem objetivos na vida, possam adquirir uma auto-estima positiva, e possam enfrentar a vida adulta de forma mais produtiva e significativa.

2º SIMPÓSIO: PESQUISAS EM SAÚDE

A TOMADA DE DECISÃO NO SISTEMA CONJUGAL: UM NOVO FATOR DE RISCO?

Rui Paixão

Resumo:

A investigação na área da tomada de decisão com o Iowa Gambling Task (IGT) em populações com diagnóstico psicopatológico, nomeadamente com problemas aditivos, tem evidenciado um efeito inesperado nas amostras de controlo. Este efeito, constitui-se no facto de muitos estudos verificarem que nos grupos de controlo uma grande parte dos sujeitos evidencia padrões de decisão desvantajosos próximos dos observados nos grupos experimentais. A justificação deste fenómeno tem passado pela hipótese dos grupos de controlo serem afetados por variáveis de vulnerabilidade e de risco idênticas às observadas nos grupos experimentais. De outro modo, as condições sociais e psicológicas de ambos os grupos podem estar na origem do desvio já existente nuns (grupos experimentais) mas também na alta probabilidade deste desvio vir a acontecer nesses outros grupos (grupos de controlo). Nesta hipótese, o desvio seria apenas a dimensão sintomática manifesta já evidenciada nos grupos experimentais, mas que se mantém latente nos grupos de controlo.

Introdução

Na vida quotidiana estamos sistematicamente envolvidos em problemas e situações que exigem decisões sob incerteza e que envolvem o cálculo de riscos. De modo a alcançarmos os nossos objetivos necessitamos de construir cenários nos quais diferentes escolhas podem ser comparadas e avaliadas e considerar os resultados que podem ser previstos. As decisões, neste contexto, são pesadas em função da avaliação que fazemos dos ganhos (recompensas) e dos custos (punições) associadas, constituindo isto os motivos principais que guiam o nosso comportamento nas aprendizagens da vida real. A antecipação do risco é um aspeto cognitivo e emocional fundamental ao processo de tomada de decisão e tem constituído objeto de estudo de múltiplas disciplinas (economia, psicologia, sociologia, neurologia, etc.) e de múltiplas

tarefas e esquemas experimentais como o *Iowa Gambling Task* (IGT) (Bechara et al., 1994, 2007).

O IGT é uma tarefa amplamente utilizada na avaliação do risco na tomada de decisão, simulando situações da vida real em condições de incerteza e também de risco, embora os dois processos não devam ser confundidos⁵ (Bechara et al., 1994). Foi desenvolvido primariamente para estudar o papel das emoções na tomada de decisão em pacientes com lesões ventromediais pré-frontais, com base na hipótese do marcador somático (Damasio, 1994). Estes pacientes, normais em termos cognitivos, evidenciam alterações radicais em aspetos como a emoção, afeto e comportamento social, parecendo incapazes de aprender com a repetição dos erros e de tomar decisões adequadas. A hipótese do marcador somático surge neste contexto e serviu originalmente para explicar o comportamento destes pacientes: pressupõe a existência de sinais emocionais (conscientes ou inconscientes) que, quando ativados, marcam com um valor as diferentes alternativas, o que facilita sumariamente o processo decisional. Quando este mecanismo não é adequado, as escolhas tendem a basear-se na perspectiva do ganho imediato, em vez das consequências futuras. Os sujeitos passam a sofrer de uma espécie de “miopia para o futuro” (Damasio, 1994).

A tarefa constitui-se num jogo onde o sujeito deve escolher cartas de quatro baralhos diferentes (A, B, C, D), tendo por objetivo ganhar o máximo dinheiro possível ou evitar perder. Na versão original é atribuído ao sujeito um crédito inicial de 2000 dólares, ou 2000€ na versão portuguesa (Areias, Paixão, & Couceiro, 2013). Neste jogo, sempre que o indivíduo seleciona uma carta recebe uma recompensa monetária. Em algumas cartas, contudo, a recompensa é acompanhada de uma perda de dinheiro. Cada baralho tem uma sequência pré-definida de ganhos (recompensas) e perdas (punições), embora essa informação não seja fornecida ao jogador. Os sujeitos desconhecem também o número de cartas por baralho e o número de escolhas que tem de fazer (100 na versão de Bechara et al., 2007; 200 na versão em estudo neste trabalho) e quais os baralhos vantajosos e desvantajosos. Sabem, no entanto, que há baralhos melhores e baralhos piores e que ganharão se se mantiverem “afastados” desses baralhos maus.

Os baralhos A e B oferecem as recompensas mais altas (100 dólares por cada seleção), mas também as punições mais elevadas (1250 dólares em cada 10 seleções). Relativamente à frequência das punições que se repetem em cada 10 seleções, no

⁵ A incerteza remete para o desconhecimento das consequências da decisão, enquanto o risco se refere a um conhecimento probabilístico associado às consequências dessa decisão.

baralho B há apenas uma punição de 1250 dólares, enquanto no baralho A há cinco punições de 150, 200, 250, 300 e 350 dólares. Esses baralhos são classificados como desvantajosos ou "arriscados" (Risky decks) porque, a longo prazo, as penalizações monetárias ultrapassam as recompensas (Bechara et al., 1994). Os baralhos C e D proporcionam recompensas mais baixas (50 dólares a cada seleção), mas também produzem perdas menos significativas (250 dólares por 10 ensaios), sendo que a distribuição das penalizações segue o mesmo esquema do anterior (o baralho C com penalizações de 50€ distribuídas ao longo de cada 10 ensaios e o baralho D com uma penalização de 250€ em cada 10 ensaios). Estes dois baralhos são classificados como vantajosos, pois as recompensas ultrapassam a longo prazo as penalizações (Bechara et al., 1994).

Com esta distribuição de "ganhos" e "perdas" estabelece-se um conflito entre ganhos imediatos altos (essencialmente baralho B, mas também D) e as consequências a longo prazo destas escolhas, substancialmente penalizadoras. A apreensão cognitiva disto, no entanto, só pode ser adquirida pela experiência, mas os sujeitos normais tendem a decidir vantajosamente antes desse conhecimento explícito, porque são guiados pelos marcadores somáticos (sinais emocionais) que antecipam as emoções previamente desencadeadas pelas recompensas e punições associadas a cada baralho (Bechara, Damasio, Tranel, & Damasio, 1997). O sucesso na realização da tarefa está, portanto, dependente da articulação entre fatores emocionais e cognitivos. De qualquer modo, a decisão inicial é uma decisão sob incerteza, mas a partir do momento em que são conhecidas as recompensas e punições associadas a cada baralho (usualmente entre o ensaio 20 e o 30), passa a uma decisão sob risco.

Os diferentes estudos com o IGT têm considerado os seguintes resultados e indicadores: (1) os resultados líquidos finais (valor alcançado no final do jogo); (2) a fórmula $[(C + D) - (A + B)]$ que contabiliza a diferença entre a soma total das escolhas dos baralhos vantajosos (C + D) menos a soma total de escolhas dos baralhos desvantajosos (A + B); (3) ainda utilizando a fórmula anterior, a evolução da aprendizagem é estudada considerando os resultados obtidos nos blocos de 20 ensaios, e em particular o que acontece antes e depois do 3º bloco, isto é, quando é expectável que o sujeito tenha percebido a natureza dos baralho e a incerteza dê lugar ao risco; (4) considerando a definição de padrão desvantajoso (quando a pontuação é igual ou inferior a -18), limítrofe (quando a pontuação é entre -17 e 17) e vantajoso (quando a pontuação é igual ou superior a 18); (5) estudo da frequência das recompensas e das punições, considerando

que os baralhos B (desvantajoso) e D (vantajoso) têm baixas frequências de punições com ganhos líquidos em 90% dos ensaios e os baralhos A (desvantajoso) e C (vantajoso) apresentam altas frequências de punição (ganho líquido em 50% dos ensaios). A análise específica destas frequências procura encontrar padrões decisoriais marcados pela *frequência* dos resultados positivos mais do que pela quantidade efetiva de ganhos e perdas assim conseguidas (preferência dos baralhos B e D); (6) ainda, o fenómeno conhecido por "proeminente baralho B" (Lin et al., 2007) evidencia um padrão decisional centrado nas recompensas imediatas altas sem consideração com os custos finais. Este estudo é feito considerando os blocos de 20 ensaios focando especificamente o baralho B.

Nesta base, os estudos com o IGT tem vindo a ser realizados nos mais diversos contextos. Uma pesquisa Google, por exemplo, usando como descritor "Iowa Gambling Task" evidencia aproximadamente 150.000 resultados. Na B-on são identificados 1803 trabalhos e na Web of Knowledge 772, com uma média anual de 1210 citações.

No Quadro 1 e 2 apresentamos algumas referências a estudos com o IGT em populações clínicas e normais. De destacar, em termos normativos, que o nível educacional parece contribuir apenas com 3.6% da variância explicada dos resultados (Bechara, 2007).

Quadro 1. Estudos normativos com o IGT

Variáveis	Estudos
Idade	Brown & Khof, 2009
Fases do desenvolvimento	Bakos, Parente, & Bertagnolli, 2010; Crone & Van Der Molen, 2004, 2007; Garon & Moore, 2007; Mata et al., 2011
Idades avançadas	Denburg, Recknor, Bechara, & Tranel, 2006
Sexo (homens melhor desempenho)	Denburg et al., 2009; Weller et al., 2010),

Sexo desempenho semelhante	-	Bechara, 2007; Davis et al., 2008; Fry, Greenop, Turnbull, & Bowman, 2009; Van Holst, Van Den Brink, Veltman, & Goudriaan, 2010
Mulheres Baralho B	-	van den Bos et al., 2013
Mulheres - B+D		Reavis & Overman, 2001; Overman et al., 2006
Escolaridade		Bechara, Damasio, & Damasio, 2000; Davis et al., 2008; Fein et al., 2007
Inteligência		Toplak, Sorge, Benoit, West, & Stanovich, 2010
Personalidade (neuroticismo)		Denburg et al., 2009; John & Srivastava, 1999
Personalidade (impulsividade, sensibilidade à recompensa e a procura de sensações)		Buelow & Suhr, 2009; Buelow & Suhr, 2013; Takano et al., 2010

Quadro 2. Estudos clínicos com o IGT

Populações Psiquiátricas	Estudos
Esquizofrenia	Nakamura et al., 2008; Sevy et al., 2007; Turnbull, Evans, Kemish, Park, & Bowman, 2006
Depressão	Smoski et al., 2008

Perturbações bipolares

Christodoulou et al., 2006

Mania	Clark, Iversen, & Goodwin, 2001
Hiperatividade com ou sem déficit de atenção	Geurts et al., 2006; Toplak et al., 2005
Para-suicídio	Jollant et al., 2010; Oldershaw et al., 2009
Jogo patológico	Glicksohn, Naor-Ziv, & Leshem, 2007; Glicksohn & Zilberman, 2010
Autismos	Yechiam et al., 2010; Johnson et al., 2006
Perturbações obsessivas e compulsivas	Cavedini, Gorini, & Bellodi, 2006; Lawrence et al., 2006
Perturbações da alimentação	Guillaume et al., 2010
Ansiedade	Visser et al., 2010
Psicopatia	van Honk et al., 2002; Miranda et al., 2009; Ross et al., 2007; Sellbom & Verona, 2007; Schmitt et al., 1999
Stress continuado	Pabst, Brand, & Wolf, 2013
Comportamentos Aditivos:	
álcool, cannabis, cocaína, methylenedioxymethamphetamine e substâncias opiáceas	Barry & Petry, 2008; Bechara & Kim, Sohn, & Jeong, 2011; Kornreich et al., 2013; Xiao et al., 2013
Populações Neurológicas	
Lesão Pré-frontal ventromedial	Bechara et al., 1997; Damasio, 1994
Doença de Huntington	Stout et al., 2001
Doença Parkinson	Poletti, Cavedini, & Bonuccelli, 2011

Epilepsia do lobo temporal

Labudda et al., 2009

Alzheimer	Sinz et al., 2008
SIDA/HIV+	Wardle et al., 2010
Lesão vertebro medular	North & O'carroll, 2001
Dor crónica	Apkarian et al., 2004

Para o que nos interessa aqui devemos destacar que muitos destes estudos têm evidenciado uma grande variabilidade dos resultados (Bechara & Damasio, 2002; Bechara et al., 2001; Bechara et al., 2002; Bechara & Martin, 2004), particularmente nos grupos de controlo onde parte da população apresenta padrões de tomada de decisão sob incerteza e risco próximos dos observados nos grupos clínicos. Isto tende a acontecer quando esses grupos de controlo incluem baixas condições socioeconómicas como, por exemplo, nos grupos de aditos de substâncias (Ernst et al., 2003; Tarter et al., 2003; Toplak et al., 2005). Esta situação pode estar relacionada com a proximidade sociodemográfica destes grupos (particularmente os baixos rendimentos e variáveis associadas a essa característica) e, por essa razão, com o facto de ambos poderem ser, de igual modo, afetados por variáveis de vulnerabilidade e de risco. Bechara et al. (2001) sublinhou este ponto, ao referir que os sujeitos "normais" com padrões de decisão semelhantes aos pacientes com lesões pré-frontais ventromediais podem não ser simplesmente sujeitos que não aprendem a tarefa mas que desenvolvem comportamentos decisoriais desvantajosos, associados simplesmente a uma preferência pelo risco, excitação, e valorização da recompensa imediata. Muitos destes sujeitos preferem os baralhos com menos frequência de perdas (B e D), em vez dos resultados a longo prazo, embora também seja possível que o conhecimento dos baralhos só ocorra tardiamente no jogo devido à baixa frequência de perdas nesses baralhos B e D (que acontece apenas uma vez por cada 10 cartas). Nesse sentido, no estudo a seguir apresentado os sujeitos realizam dois jogos de 100 ensaios cada (perfazendo uma tarefa com 200 ensaios), de modo a facilitar o conhecimento dos baralhos e a clarificar a natureza das suas escolhas.

2. Pressuposto teóricos e hipóteses

A investigação aqui apresentada parte da hipótese do processo de tomada de decisão (tal como medido pelo IGT) constituir um aspeto fundamental do risco e da vulnerabilidade psicossocial de indivíduos e (mais ainda) casais socioeconomicamente

desfavorecidos. Pelo que nos é dado conhecer constitui-se como um primeiro estudo sobre a importância do IGT na avaliação deste tipo de risco psicossocial.

O modelo teórico assenta nos seguintes pressupostos:

- 1) Os indivíduos com processos de tomada de decisão desvantajosos são marcados por trajetórias de vida onde a probabilidade de acontecimentos negativos tende a relacionar-se significativamente com esses padrões de decisão desvantajoso;
- 2) Os indivíduos dominados por processos de tomada de decisão desvantajosos tendem a aproximar-se, organizando díades conjugais dominadas por este tipo de processos de decisão;
- 3) A constituição destes casais conjugais (onde os dois elementos do casal são marcados por processos de tomada de decisão desvantajosos) aumenta o risco de escolhas inadequadas na vida quotidiana dos casais e dos sujeitos que os compõem, particularmente nas situações de grande stress, onde o efeito "bola da neve" pode acontecer;
- 4) Estes padrões de decisão desvantajosos nos dois elementos da díade conjugal tendem a traduzir-se em esquemas mentais sobre a vida e os acontecimentos da realidade como fenómenos que estão para além de qualquer controlo por parte do sujeito. Esta perceção de falta de controlo sobre os acontecimentos da vida traduz-se na valorização da recompensa imediata, independentemente do custo posterior que lhe possa estar associada;
- 5) Estes padrões de decisão são dominados pela procura da recompensa imediata e pelo evitamento também imediato da punição e pela desconsideração/ desvalorização de todas as relações ganhos-custos diferidas no tempo;
- 6) A constatação da existência de padrões decisoriais desvantajosos nestes casais pode ter implicações importantes na prevenção e no tratamento, orientando a educação e a terapia para os problemas da decisão e interrompendo ou transformando estes padrões decisoriais de risco.

As hipóteses em estudo são:

1. Os padrões de decisão desvantajosos evidenciados nesta população são idênticos aos observados nas populações clínicas;

2. Estes padrões são dominados por uma preferência pelos ganhos imediatos, especificamente pelo baralho desvantajoso associado às decisões de risco (baralho B) e à maior frequência das recompensas (baralhos B + D);
3. A multiplicação da tarefa em dois jogos (200 ensaios) evidenciará que esta preferência pelo risco é independente do processo de aprendizagem;
4. O casal conjugal tende à constituição de padrões homogêneos, isto é, padrões onde o homem e a mulher acabam por construir processos decisoriais iguais;
5. Estes casais são dominados por padrões desvantajosos;
6. Estes padrões comuns de tomada de decisão desvantajosa entre os elementos do casal relacionam-se com piores indicadores de risco sociodemográfico, psicológico e clínico.

3. Metodologia

Caracterização da amostra

A amostra inclui 30 casais selecionados em função do baixo nível socioeconómico (inferior a dois salários mínimos). Neste caso, o rendimento médio é de 715€⁶, mas destes 30 casais, 12 reportam ainda um rendimento inferior a 500€ mensais. O segundo critério de inclusão envolveu a existência de uma relação conjugal há, pelo menos, um ano.

Os critérios de exclusão incluíram idade superior a 65 anos, existência de uma condição física ou neurológica que interferisse com a participação no estudo, consumo de substâncias tóxicas (exceto tabaco) nos dois dias anteriores à avaliação, um QI < 70 e um valor global do MoCA < 18.

Na tabela 1 apresentamos a caracterização da amostra em estudo.

Tabela 1.

Características sociodemográficas da amostra

Homens (N=30)	Mulheres (N=30)

⁶ O valor do limiar de pobreza das famílias portuguesas em 2013, em termos de agregado, era de 63

(aproximadamente) 800€ (Pordata, 2015).

	M	DP	M	DP
Idade	43,33	12,43	40,73	12,87
Escolaridade	6,23	2,14	6,80	1,99
Nº médio de filhos	1,70	0,46	1,83	0,37
QI	97.63	14.69	90.23	9.58
Pontuação total MoCA	21,23	4,5	21,10	3,72
Psicopatologia				
Índice Geral de Sintomas	1,09	0,47	1,25	0,69
Total de Sintomas Positivos	34,1	12,7	34,7	12,95
Índice de Sintomas Positivos	1,72	0,43	1,89	0,56
	M (DP)			
Renda agregada da família (M/DP)	715€ (220€)			
	N (%)			
Estado Civil				
Casado	21 (70)			
União de facto	9 (30)			

Situação Profissional	Frequên		Fr	
	cia	%	eq	%
			uê	
			nci	
			a	
Trabalho não qualificado	21	70%	12	40
Desempregado	5	16,7	12	40
Reformado/Pensionista	4	13,3	5	16
Outra (doméstica)	-	-	2	6,6

Nota: Os pontos de corte para o BSI são: IGS = 1,02; TSP=19,35 ISP =1,7; 19,35

De salientar nestes resultados o facto dos valores no MoCA serem bastante baixos. No entanto, esta situação deve ser analisada considerando a influência da educação e da idade nos resultados deste teste. No caso, os estudos normativos apontam para um valor médio próximo dos 21,78 pontos com uma variação de 2,76 pontos (Freitas, Simões, Alves, & Santana, 2011).

Em relação ao BSI, o melhor indicador é o IGS que, segundo os estudos normativos, tem o valor 1,02 como ponto de corte. Na nossa amostra os resultados obtidos evidenciam a existência de sintomas com significado clínico, ou próximos disso, com o valor mais alto no TSP. No entanto, neste caso aquilo que é reportado aproxima-se mais de um mal-estar geral, eventualmente consequente das múltiplas dificuldades vividas por estes sujeitos. Devemos notar, no entanto, que a prevalência de psicopatologia (e de outros problema de carácter mais especificamente somático), é reconhecidamente muito elevada nas populações socioeconomicamente mais frágeis (baixa renda), o que pode estar associado a variáveis de distress específicas a estas famílias.

Instrumentos

- **Questionário Sociodemográfico:** Construído com vista à caracterização da amostra, este questionário focou as informações sociodemográficas idade, estado civil,

nacionalidade, escolaridade, profissão, dados relativos ao nível socioeconómico e à história médica (incluindo psiquiátrica e neurológica).

- **Montreal Cognitive Assessment** (MoCA; Nasreddine, Phillips, Jack, Jagust, Trojanowski, Toga, & Beckett, 2005; versão Portuguesa de Freitas, Simões, Martins, Vilar, & Santana, 2008/2012): é um instrumento de rastreio cognitivo, constituído por trinta itens, que avaliam as funções executivas; a capacidade visuo-espacial; a memória; a atenção, a concentração, a memória de trabalho, a linguagem e a orientação.

- **Subtestes Vocabulário e Cubos** da Escala de Inteligência para Adultos de Wechsler III (WAIS – III, Wechsler, 2008; adaptação portuguesa Cegoc, 2008). Esta escala mede a inteligência e é constituída por catorze subtestes. Nesta aplicação, foram utilizados o vocabulário e os cubos para obter uma estimativa de inteligência de acordo com a fórmula de Tellegen e Briggs (1967).

- **Inventário de Sintomas Psicopatológicos** (BSI; Derogatis, 1982/1993; versão Portuguesa de Canavarro, 1999). O BSI é um inventário de autorresposta que avalia sintomas psicopatológicos, constituído por cinquenta e três itens distribuídos por nove dimensões (Somatizações; Obsessões-compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranoide; e Psicoticismo) e três Índices Globais (IGS, Índice Geral de Sintomas; TSP, Total de Sintomas Positivos; ISP, Índice de Sintomas Positivos)⁷.

- **Escala sobre a Qualidade de Vida** (QOL; Olson & Barnes, 1982; versão portuguesa Almeida, Cunha & Relvas, 2013). O QOL é um instrumento de autorresposta que avalia a qualidade de vida, enquanto constructo multidimensional e medida sistémica e holística, através de quatro fatores relativos à satisfação do sujeito com: Família, Amigos e Saúde (F1); Tempo para si e para a família (F2); Qualidade da Comunidade, (F3); Bem-estar socioeconómico (F4).

- **IOWA GAMBLING TASK (IGT; BECHARA ET AL., 1994; AREIAS ET AL., 2008): NA VERSÃO EM ESTUDO O JOGADOR COMEÇA COM DOIS MIL EUROS E É ADVERTIDO A PROCEDER**

⁷ O IGS é calculado somando as nove dimensões sintomáticas mais os quatro itens adicionais (não incluídos no cálculo das dimensões) dividindo esse resultado pelo número total de itens a que o indivíduo respondeu. Se não existirem *missings* o IGS será a média dos 53 itens. De todos os indicadores o IGS é o mais sensível ao nível de mal-estar psíquico e combina informação sobre o número de sintomas e a intensidade do mal-estar psíquico. O TSP contabiliza o número total de itens com respostas superiores a zero e revela o número de sintomas que o respondente reporta ter experienciado. O ISP resulta da soma dos valores dos itens com respostas superiores a zero divididos pelo TSP. Este índice provê informação sobre o nível médio de mal-estar psíquico das experiências reportadas pelos respondentes

CAUTELOSAMENTE, UMA VEZ QUE HÁ “BARALHOS BONS” E BARALHOS “MAUS”.

Procedimentos

Como já referido, de modo a garantir a aprendizagem da tarefa e o estudo da tomada de decisão sob risco, cada participante jogou duas séries sucessivas de 100 ensaios (dois jogos).

O estudo dos padrões decisoriais passou pela sua classificação, com base na fórmula $[(A+B)-(C+D)]$ e considerando que o padrão desvantajoso é igual ou inferior a -18 pontos, limítrofe entre -17 e 17, e vantajoso igual ou superior a 18, de acordo com a definição de Bakos et al. (2010). Pontuações próximas de zero foram consideradas comportamento aleatório (Dalglish et al., 2004; Denburg et al., 2006).

O baralho B e a fórmula $[(B+D) - (C+A)]$ serviram para analisar o processo de tomada de decisão marcado pela frequência das perdas (os baralhos B e D são de baixa frequência em oposição aos baralhos C e A).

4. Apresentação e análise dos resultados

O primeiro aspeto a destacar diz respeito às características específicas desta amostra, particularmente no que respeita aos indicadores elevados de psicopatologia. Estes resultados, no entanto, podem ser compreendidos com base na prevalência destes fenómenos nas populações desfavorecidas, e no impacto que a experiência subjetiva de desvantagem económica grave pode ter na vivência emocional e (consequentemente) na possível desorganização psicológica e social (Conger & Donnellan 2007; Barnett 2008; Mistry et al., 2004; Ponnet, 2014).

No entanto, considerando o carácter influente destas características psicopatológicas da amostra (tal como medidas pelo BSI), condicionada, ainda, pelo fraco desempenho dos sujeitos no MoCA, realizámos uma primeira série de estudos com o objetivo de verificar se os resultados obtidos no 1º e 2º jogo e no total dos 200 ensaios, considerando a fórmula $[(A+B) - (C+D)]$, eram de algum modo influenciados por essas variáveis. As regressões múltiplas realizadas tomaram como variável dependente o saldo final nestas três fases da tarefa e como variável independente os valores obtidos nas dimensões e índices do BSI, nos Fatores e resultado final do MoCA, nos resultados obtidos no Vocabulário, Cubos e QI da WAIS – III. Os resultados evidenciam que no BSI a dimensão psicoticismo ($\beta=-24.168$; $t=-4.069$; $p<.001$) e o fator ISP ($\beta=20.341$; $t=2.254$; $p=.028$) são

preditores significativos do desempenho apenas nos últimos 5 blocos do IGT, explicando 20% da variância destes resultados ($F=8.355$; $p=.001$; $R_a^2=.200$). Estes resultados estão em linha com os que têm vindo a ser observados pela investigação na área (cf. Quadro 2), embora a explicação seja específica aos últimos 5 blocos da tarefa.

As outras variáveis em estudo (WAIS – III; MoCA; rendimento agregado e escolaridade), não evidenciam qualquer poder estatístico na variação dos resultados no IGT, o que pode estar associado à fraca variância da distribuição.

A qualidade de vida, tal como é percebida pelos sujeitos da amostra (tabela 2), foi também considerada. No entanto, também neste caso não há um contributo significativo desta variável na explicação da variância dos resultados no IGT : a avaliação que os sujeitos fazem da sua qualidade de vida é independente do processo de tomada de decisão. De notar, no entanto, que o "Bem-estar Financeiro" é o factor com a avaliação mais negativa.

Tabela 2.

Valores médios dos fatores do QOL

	Homens	Mulheres	Totais
	M (DP)	M (DP)	M (DP)
Família, Amigo e Saúde	3,7 (0,70)	3,69 (0,68)	3,69 (0,69)
Tempo	2,78 (0,82)	3,04 (0,78)	2,91 (0,81)
Comunidade	2,84 (0,65)	2,87 (0,62)	2,86 (0,63)
Bem-estar Financeiro	2,45 (0,69)	2,33 (0,66)	2,39 (0,67)

Numa segunda análise partimos da hipótese de que estas perceções relativas à qualidade de vida estariam relacionadas com as variáveis sociodemográficas e psicopatológicas. A matriz de correlações evidencia uma relação significativa entre a

idade dos sujeitos e o fator "família, amigos e saúde" do QOL ($r=-.289$, $p<.05$) e o rendimento e o fator "tempo para si e para a família" do QOL ($r=-.344$, $p<.01$). Neste caso, os resultados parecem evidenciar que os sujeitos mais velhos e com menor rendimento disponível têm percepções mais negativas em relação à família, amigos e à saúde bem como com o tempo disponível para si e para a família.

As variáveis psicopatológicas não evidenciam correlações significativas com o QOL.

Considerando agora os resultados no IGT, analisámos numa primeira fase a distribuição dos padrões vantajosos, limites e desvantajosos, tal como definidos por Bakos et al. (2010), nos 60 sujeitos que compõem a amostra (Tabela 3).

Tabela 3.

Padrões de tomada de decisão com base na fórmula considerando o desempenho final por jogo nos homens e nas mulheres

	<u>Homens</u>			<u>Mulheres</u>		
	<u>Vantajo</u> <u>so</u>	<u>Limite</u> N; M (DP)	<u>Desvan</u> <u>tajoso</u>	<u>Vantajos</u> <u>o</u>	<u>Limite</u> N; M (DP)	<u>Desvantajo</u> <u>o</u>
	N; M (DP)		N; M (DP)	N; M (DP)		N; M (DP)
1º Jogo	2; 30,75 (11,94)	18; -1,41 (8,08)	10; - 29,11 (11,31)	5; 29,33 (7,02)	17; -2,22 (10,28)	8; -29,55 (10,71)
2º Jogo	5; 36,40 (9,94)	15; -2,56 (7,85)	10; - 46,86 (17,00)	4; 30,00 (12,32)	16; -2,69 (8,05)	10; -41,85 (16,38)
10 blocos	6; 39,00 (8,08)	11; - 3,98	(11,95)	13; - 59,50	(29,04)	8; 57,33 (30,11)

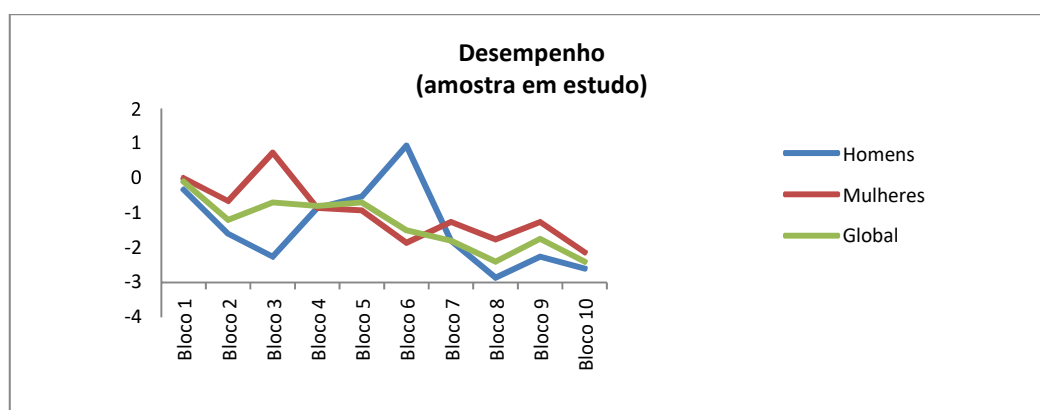
10; - 1
2,63 2
;
(8,32) -
4
7
,
3
8
(
3
0
,
4
7
)

M=média; DP=desvio padrão

Neste caso, são particularmente evidentes o predomínio dos resultados limite e desvantajosos muito semelhantes nos dois sexos (sem diferenças significativas entre sexos no jogo 1, 2 e nos 200 ensaios, com respetivamente $p=.837$, $p=.328$; $p=.790$). É de notar, ainda, que (embora sem grande significado estatístico), a contabilização global dos 10 blocos (200 ensaios) tende a um aumento dos extremos (padrões vantajosos e desvantajosos) em termos absolutos: por exemplo, o número de padrões desvantajosos e vantajosos passam (respetivamente) de 2 para 6 e de 10 para 13 nos homens, e de 5 para 8 e de 8 para 12 nas mulheres. Ao contrário, os padrões limite tendem a diminuir (de 18 para 11 e de 17 para 10 nos homens e nas mulheres, respetivamente). Isto evidencia que o desenvolvimento da tarefa acentua a tipologia das opções, particularmente a tipologia desvantajosa. Isto é, evidencia-se 1º o carácter não aleatório dos resultados e 2º o mau resultado nos dois sexos, onde em 60 sujeitos apenas 7 nos primeiros 5 blocos (11,66%, 2 homens e 5 mulheres), e 14 nos 10 blocos da tarefa (22%, 6 homens e 8 mulheres) conseguem alcançar um padrão vantajoso. Em termos gráficos o comportamento deste sujeitos fica mais claro (Gráfico 1)

Gráfico 1.

Evolução do desempenho $[(A+B)-(C+D)]$ nos dois jogos (10 blocos) nos homens (N=30), nas mulheres (N=30) e no global (N=60)



O mau desempenho do grupo em estudo é objetivado pela linha descendente dos resultados, ao contrário do expectável, e pelo facto desta linha ser quase sempre negativa (com apenas dois picos positivos nas mulheres e nos homens). Contudo, uma das observações mais interessantes associa-se à passagem do nível da incerteza para

o nível de risco, tal como teorizado por Bechara et al. (1997), o que deveria acontecer entre o bloco 2 e 3. Observando o gráfico 1 as mulheres parecem evidenciar esse comportamento, mas ao contrário do expectável rapidamente mudam o seu comportamento, assumindo decisões sucessivamente mais desvantajosas. Nos homens essa passagem parece acontecer a partir do bloco 3, atingindo inclusivamente um pico positivo no bloco 6. Contudo, a partir desse bloco os padrões decisoriais são claramente desvantajosos, com perdas quase vertiginosas até ao bloco 8.

Gráfico 2.

Desempenhos comparativos de um grupo de dependentes de opióides e de um grupo de controlo (Areias, Paixão, & Couceiro, 2013)

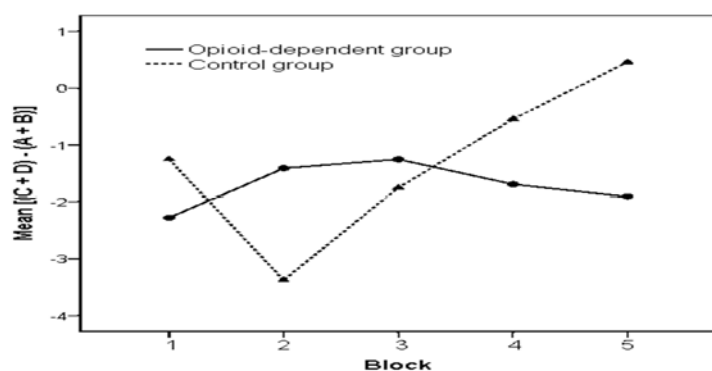


Figure 1. IGT performance over the five blocks, according to the formula $[(C + D) - (A + B)]$

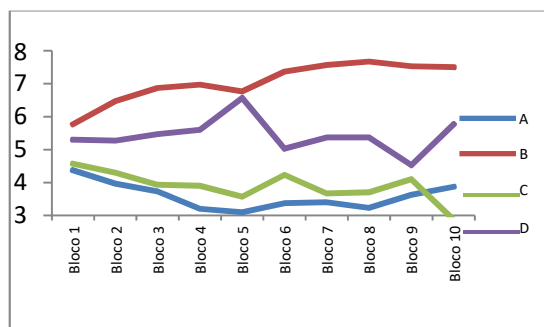
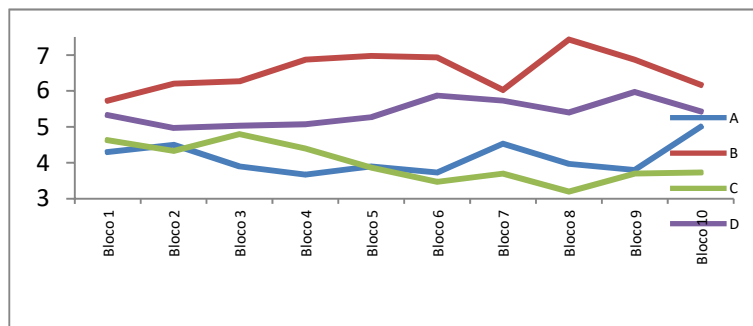
As populações de controlo, da população geral, evidenciam padrões distintos destes. Por exemplo, considerando um outro nosso estudo (Areias, Paixão, & Couceiro, 2013), podemos verificar o modo como no grupo de controlo se verifica a passagem da "incerteza" para o "risco" (Bloco 2 e 3), bem como a crescente opção por um padrão vantajoso (Gráfico 2). Neste caso, ainda, no grupo heroínómano as alterações são pouco substantivas, mantendo-se uma relativa constância das preferências desvantajosas. No grupo em estudo, ao contrário, há uma seleção progressiva e cada vez mais significativa desses padrões desvantajosos. Isto é, paradoxalmente, os resultados agora obtidos são mais vincados (em termos de desvantagem) do que os obtidos anteriormente com os grupos heroínomanos.

Tentando perceber a composição destes resultados analisámos de seguida as escolhas que homens e mulheres fazem de cada um dos baralhos (Gráfico 3).

Gráfico 3.

Evolução das escolhas dos baralhos nas mulheres e nos homens nos 10 blocos da tarefa.

Mulheres



Homens

Como se pode observar pelo Gráfico 3 há uma clara preferência nos dois sexos, ao longo da tarefa, pelos baralhos que implicam menor frequência das punições (baralho B e baralho D); o primeiro considerado desvantajoso (porque marcado por perdas muito grandes em cada 10 jogadas, superiores a 1000€) e o segundo considerado vantajoso (porque marcado por perdas em cada 10 jogadas, menores aos ganhos obtidos com esse baralho). O curioso destes resultados, de qualquer modo, é que não há uma verdadeira alteração da dominância destas escolhas ao longo da tarefa, mantendo-se sempre a preferência pelo B, seguida do D e do A nas mulheres (neste último caso, a preferência nos homens é mais oscilatória). De qualquer modo, em síntese, a escolha dos Baralhos B e D (apesar de algumas oscilações mínimas) mantêm-se dominantes, independentemente da experiência acumulada nos 10 blocos da tarefa, com uma clara preferência pelo B.

As diferenças entre sexos não são significativas, exceto na escolha do Baralho C nos primeiros 5 blocos da tarefa (Tabela 5).

Tabela 5.

T-student para o total de baralhos em função do sexo

		Desempenho 2				
Desempenho 1						
	Fem. M (DP)	Mas. M(DP)	<i>p</i>	Fem. M(DP)	Mas. M(DP)	<i>p</i>
Total A	19.4000	19.2333	.915	19.4667	19.0667	.832
		3				
Total B	31.3000	33.5667	.486	34.9333	36.1333	.770
Total C	22.8333	19.4667	.042	17.8667	18.5000	.767
Total D	26.1333	27.7333	.515	28.2333	26.2333	.528

Nota: * $p < .05$

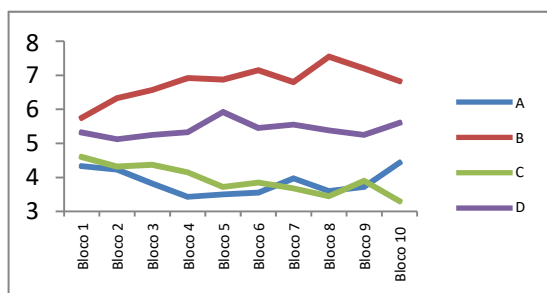
Considerando aquilo que seria expectável (Gráfico 4), verificamos que os sujeitos em estudo se afastam decisivamente dos padrões considerados normativos. Neste caso, há uma inversão das escolhas centradas no Baralho vantajoso D nas amostras normativas para uma dominância do Baralho B na nossa amostra. Estas diferenças são substantivas. O baralho A, que é usualmente o menos preferido pelos sujeitos, uma vez que conjuga a alta frequência das perdas com valores também altos de perdas, aparece aqui num limiar muito próximo do observado para o baralho C: a diferença é que nos grupos normativos esse baralho acaba por ser mais preferido do que o A, logo a partir (sensivelmente) do 3º bloco, enquanto no grupo em estudo observamos uma preferência comparativa do C (vantajoso) até ao bloco 7º. A partir daí é o baralho A que passa a ser a 3ª escolha, ultrapassando em preferência o baralho C.

Gráfico 4.

Evolução das escolhas dos baralhos nos 10 blocos da tarefa e por participante típico segundo Fridberg et al. (2010)

Amostra em estudo

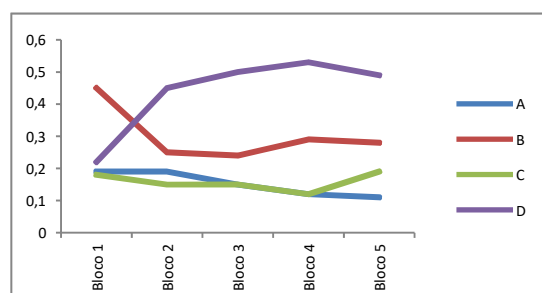
(10 blocos, 200 ensaios)



Participante típico em 5 blocos

(100 ensaios)

Fridberg et al. (2010)

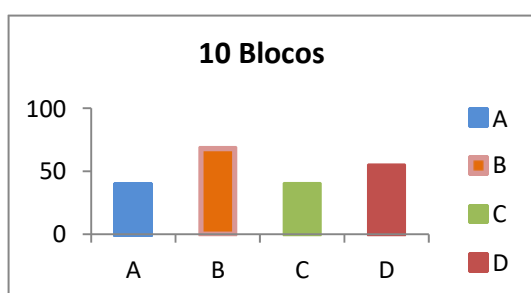


Considerando os valores normativos reportados por Bechara et al. (1994) em relação à escolha dos baralhos ao longo da tarefa verificamos que as grandes diferenças se centram no baralho B (Gráfico 5) e C, com o primeiro a ser preferido e o segundo a ser preterido no nosso estudo (comparativamente aos dados normativos de Bechara et al., 1994). Apenas o baralho D mantém um estatuto de preferência relativamente semelhante entre as duas amostras.

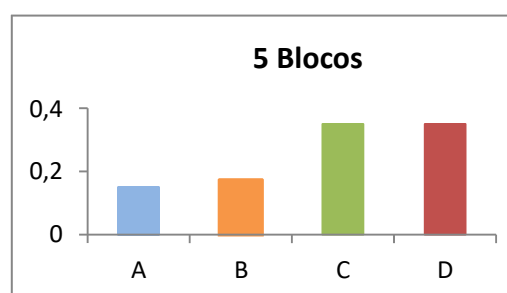
De qualquer modo, a *menor frequência das perdas* parece dominar as escolhas dos nossos participantes, contra aquilo que parece ser o comportamento típico da população geral.

Gráfico 5. Proporção média das escolhas de cada Baralho na amostra em estudo e nos grupos de controlo de acordo com Bechara et al. (1994)

Amostra em estudo



Bechara et al. (1994)



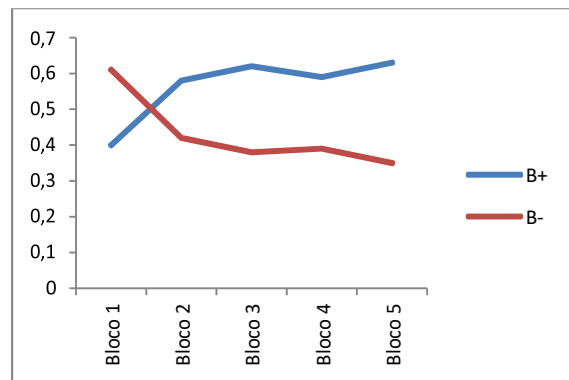
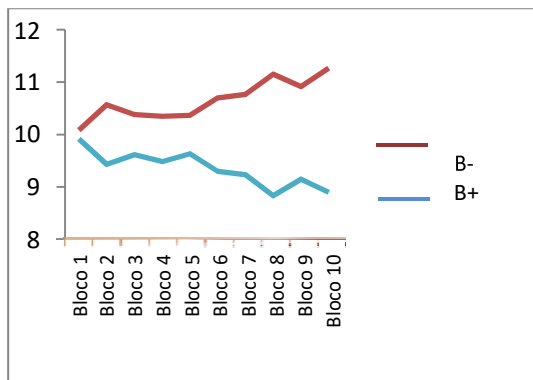
Se considerarmos a fórmula baralhos bons (C+D) e os baralhos maus (A+B) aqui definidos como Ba+ e Ba- respetivamente, verificamos (Gráfico 6) que a evolução das escolhas é acompanhada do facto de essas escolhas começarem antes do risco ter sido percebido. Tudo se passa como se a sinalização do perigo da escolha não acontecesse, permanecendo os sujeitos exclusivamente focados nos baralhos com menor frequência de perdas e ganhos imediatos mais elevados, independentemente do valor a longo prazo dessas escolhas.

Gráfico 6.

Comparação entre a evolução das escolhas nos baralhos bons (Ba+) e maus (Ba-) na nossa amostra e no desempenho vantajoso descrito em Fridberg et al. (2010)

Amostra em estudo

Fridberg et al. (2010)



Nota Ba+ = C+D; Ba- = A+B

A propósito destes resultados Bechara et al. (1994), assumem que os participantes saudáveis desenvolvem a sua estratégia em duas fases: na primeira exploram todos os baralhos e depois tendem a escolher os baralhos vantajosos e só ocasionalmente voltam aos maus baralhos. O segundo gráfico de Fridberg et al. (2010) é isso que parece evidenciar, com o cruzamento das linhas entre o bloco 1 e o bloco 2 (fase da exploração dos baralhos), passando depois para um padrão de escolhas bem definido (vantajoso). Na amostra em estudo não há cruzamento destas linhas, evidenciando-se antes uma amplificação das escolhas desde logo evidenciadas nas primeiras jogadas. Tudo se passa como se não houvesse qualquer alarme com as grandes perdas no Baralho B e estes jogadores apenas confirmassem as suas decisões ao longo do jogo, aprofundando cada vez mais uma preferência pelo maior frequência dos ganhos e um maior evitamento da frequência das perda, pese embora o resultado cada vez mais desastroso.

Desempenho 1

Desempenho 2

	Fem.	Mas.	Sig.		Fem.	Mas.	Sig.
	M(DP)	M(DP)	<i>p</i>		M(DP)	M(DP)	<i>p</i>
Bloco 1	.0000	-.3333	.762	Bloco 6	-1.87	-.93	.587
Bloco 2	-.6667	-1.6000	.484	Bloco 7	-1.27	-1.80	.748
Bloco 3	.7333	-2.2667	.092	Bloco 8	-1.77	-2.87	.569
Bloco 4	.8667	.8667	1.000	Bloco 9	-1.27	-2.27	.670
Bloco 5	-.9333	-.5333	.819	Bloco 10	-2.13	-2.60	.841

Esta observação sai reforçada com a análise da fórmula $[(B+D) - (C+A)]$, que tende a evidenciar as diferenças entre baralhos com baixa frequência de punição (B+D) e alta frequência de punição (C+A). Na Tabela 6 são apresentados os valores descritivos destas distribuições.

Tabela 6.

T-student do desempenho no IGT [fórmula (B+D) – (C+A) em função do sexo

Nota: * $p < .05$

O efeito de amplificação das escolhas B+D, já verificado no gráfico 4, torna-se mais claro com o crescimento dos valores negativos particularmente nos blocos 6 a 10.

Considerando agora os resultados em função do casal procedemos, numa primeira fase, à classificação dos casais segundo os seguintes padrões: casais com padrões de decisão idênticos, definidos por essa razão como homogêneos e casais com padrões de decisão diferentes, definidos por essa razão como heterogêneos. No primeiro caso, os padrões podem ser homogêneos vantajosos, homogêneos limites ou homogêneos desvantajosos. No segundo caso, os padrões heterogêneos foram simplesmente definidos como heterogêneo tipo I (quando um padrão desvantajoso se associa a um padrão limite); heterógeno tipo II (quando um padrão vantajoso se associa a um desvantajoso); e heterogêneo tipo III (quando um padrão vantajoso se associa a um padrão limite).

Na tabela 7 apresentamos os resultados desta avaliação.

Tabela 7.

Padrões de tomada de decisão dos 30 casais em estudo

<u>Casais Homogêneos</u>			<u>Casais Heterogêneos</u>		
Vantajo so N (%)	Limite N (%)	Desvanta joso N (%)	H1 N (%)		H3 N (%)
0 (0)	12 (40)	3 (10)	9 (30)		5 (16,66)
1 (3,33)	7 (23,33)	3 (10)	12 (40)	3 (10)	4 (13,33)
0 (0)	5 (16,66)	1 (3,33)	12 (40)	H2 N (%)	6 (20)
				1 (3,33)	

Nota: H1=Padrão decisional desvantajoso e padrão limite; H2 = padrão decisional vantajoso e padrão desvantajoso; H3 = padrão vantajosos se associa a um padrão limite

Como se pode observar pela leitura da tabela 7, os casais não tendem a desenvolver padrões decisoriais homogêneos: no primeiro jogo apenas 15 casais apresentam essa homogeneidade; no 2º jogo esse número reduz-se para 11 casais, e no total dos 2 jogos (10 blocos) apenas 6 casais evidenciam essa identidade decisória. De qualquer modo, estes resultados foram estudados de acordo com a hipótese da identidade destes processos no casal, mas o coeficiente Kappa de Cohen (1960; Fonseca, Silva, & Silva, 2007) ⁸ evidencia graus de concordância sem qualquer significado estatístico nas três situações estudadas (1º jogo, 2º jogo e 10 ensaios). Por outras palavras, estes casais

⁸ O índice de K é um coeficiente de concordância dos julgamentos de dois juízes para dados nominais, e que considera a proporção do acordo devida ao acaso

não tendem a apresentar padrões homogêneos de decisão. Contudo, fica a evidência do domínio dos padrões desvantajosos: padrão homogêneo desvantajoso, padrão homogêneo limite e padrão heterógenos do tipo I que associa padrões de decisão desvantajosos com padrões de decisão limite. No geral, estes três padrões representam entre 80% (1º jogo) e 60% (10 blocos) dos resultados.

Finalmente, os estudos estatísticos com estes grupos, considerando as variáveis percepção da qualidade de vida (QLO) e psicopatologia (BSI) não evidenciam relações significativas.

Discussão e Conclusões

Os nossos resultados apontam para uma dominância clara dos padrões desvantajosos nesta população. Esta desvantagem manifesta-se na preferência por recompensas imediatas com menor frequência de penalizações ou perdas, mesmo quando isso se traduz, a longo prazo, em resultados cada vez mais desvantajosos. Eventualmente, este padrão pode estar relacionado com outras variáveis, nomeadamente com a psicopatologia, mas o mais saliente é mesmo a assunção e a procura deliberada do Risco, pois que a maioria dos sujeitos no fim do jogo é perfeitamente capaz de identificar os padrões de ganho e perda associados a cada um dos baralhos. Algumas das verbalizações (a este nível) são clarificadoras: "sim, eu percebi que este baralho tinha cartas com grandes perdas, mas pensava que iria ter um ganho que ultrapassasse todas as perdas..."; ou "quando vi que já estava a perder muito foi mais ou menos o arriscar tudo, pois este baralho era o que também dava mais dinheiro..."

De qualquer modo, o surpreendente é mesmo a dimensão desta preferência depois de introduzidos os 10 blocos. Neste caso, os 5 blocos suplementares servem para facilitar a aprendizagem, tornando as pautas de perdas e ganhos mais claramente reconhecíveis. Portanto, os resultados (mesmo que surpreendentes) evidenciam que o que está em jogo nesta situação não é tanto a questão da aprendizagem das pautas de reforço associadas aos baralhos, mas um padrão decisional marcado claramente por uma preferência pelo risco. Portanto, a questão central passa a ser como compreender esta relação entre padrões decisoriais desvantajosos e fragilidade socioeconómica. Isto é, saber se os padrões decisoriais desvantajosos estão na base das fragilidades observadas nestas famílias; ou se serão as fragilidades socioeconómicas destes sujeitos e destes casais

que estão na base desses padrões decisoriais. De outro modo ainda: as pessoas são pobres porque decidem mal? Ou as pessoas decidem mal porque são pobres?

Independentemente das duas respostas estarem num mesmo nível e os nossos resultados não evidenciarem nada que possa resolver esta questão, podemos pressupor que os dois fenómenos podem ser concomitantes ou funcionar em paralelo, eventualmente com alguma predominância da segunda resposta (pessoas tendem a decidir mal porque estão fechadas num ciclo de pobreza que as obriga a procurar recompensas e ganhos imediatos).

De outro modo, as fragilidades iniciadas nos ciclos de pobreza podem ter uma influência direta no modo como as pessoas são levadas a decidir, particularmente porque a necessidade impõe respostas / recompensas no mais curto espaço de tempo. Respostas diferidas no tempo (ou simplesmente esperar um determinado resultado positivo) podem ser sentidas como inadequadas dada a experiência de vida destes sujeitos, marcada pela urgência da necessidade atual. É quase como se (metaforicamente) a questão da sobrevivência se sobrepusesse a qualquer outra questão.

As variáveis psicopatológicas, no entanto, podem dificultar esta análise na medida em que podem ser consideradas como interferentes nos resultados. Isto é, poderá colocar-se a questão de saber se os resultados são uma consequência da fragilidade social (pobreza/marginalidade social) do grupo ou uma consequência da fragilidade psicopatologia desse mesmo grupo. No entanto, estes dois aspetos podem e devem ser considerados em simultâneo nesta análise, isto porque a justificação da variância dos resultados, considerando os indicadores psicopatológicos, é da ordem dos 20% mas apenas no 2º jogo (isto é, não é significativa nos primeiros 5 blocos da tarefa); depois a questão da psicopatologia é uma questão conexa da situação social neste tipo de grupos. Quer dizer, a marginalidade socioeconómica induz este tipo de fenómenos por via do distress emocional e da vivência da realidade como incontrolável. Em última análise podemos dizer que aquilo que marca o fenómeno psicopatológico em termos decisoriais é o mesmo que marca a marginalidade psicossocial destes sujeitos. Ambos são vítimas de uma realidade (interna e / ou externa) sentida como incontrolável.

Finalmente, um terceiro aspeto deve ser salientado, isto é, o facto destes casais (ao contrário do pressuposto) não evidenciarem padrões decisoriais iguais. A hipótese pressupunha que a coabitação tenderia a aproximar os elementos do casal de forma a que os padrões fossem essencialmente homogêneos. Na realidade os casais tendem

mais a congregarem padrões desvantajosos e limites. No entanto, dois padrões comuns emergem destes estudos: primeiro a preferência esmagadora pelo Baralho B (e depois o D) o que configura padrões basicamente desvantajosos. Isto é, se os padrões de decisão no casal não são iguais são, no entanto, marcados por uma dominância das decisões desvantajosas.

Este trabalho constitui um primeiro estudo sobre os processos de tomada de decisão em populações socialmente fragilizadas. No essencial, levanta um conjunto de hipóteses sobre esses mesmos padrões decisoriais que devem ser confirmadas e, ainda, reanalisadas considerando outras metodologias, eventualmente mais compreensivas (qualitativas). Neste caso, interessa-nos saber, por exemplo, como se processa a tomada de decisão em situações da vida real, particularmente quando essas decisões são importantes para a sobrevivência da família. Interessa-nos também perceber como é que em casal, e em família, os processos de decisão são assumidos (coletivamente ou por delegação num dos membros). Também, se esses processos são transmitidos à descendência e, em caso de assim acontecer, como se processa essa transmissão.

Bibliografia

Anderson, W. D., Dick, A. S., & Overton, W. F. (s.d.). An investigation of sex differences in emotion based decision making Retrieved from http://www2.fiu.edu/~adick/links/ado_jps_06.pdf

Apkarian, A. V., Sosa, Y., Krauss, B. R., Thomas, P. S., Fredrickson, B. E., Levy, R. E., . . . Chialvo, D. R. (2004). Chronic pain patients are impaired on an emotional decision-making task. *Pain*, 108(1-2), 129-136.

Areias, G., Paixão, R., & Figueira, A. P. C. (2013). O *Iowa Gambling Task*: Uma revisão crítica [The Iowa Gambling Task: A critical revision]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(2), 201-210.

Bakos, D. S., Denburg, N., Fonseca, R. P., & Parente, M. A. d. M. P. (2010). A cultural study on decision making: Performance differences on the Iowa Gambling Task between selected groups of Brazilians and Americans. *Psychology & Neuroscience*, 3(1), 101-107.

Bakos, D. S., Parente, M. A. d. M. P., & Bertagnolli, A. C. (2010). A tomada de decisão em adultos jovens e em adultos idosos: Um estudo comparativo. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 30(1), 162-173.

Barnett, M. (2008). Economic disadvantage in complex family systems: Expansion of family stress models. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 11(3), 145–161.

Barry, D., & Petry, N. M. (2008). Predictors of decision-making on the Iowa Gambling Task: Independent effects of lifetime history of substance use disorders and performance on the Trail Making Test. *Brain and Cognition*, 66(3), 243-252.

Bechara, A. (2007). *Iowa Gambling Task. Professional manual*. Florida: Psychological Assessment Resources.

Bechara, A., & Damasio, H. (2002). Decision-making and addiction (part I): Impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. *Neuropsychologia*, 40(10), 1675-1689. doi: 10.1016/S0028-3932(02)00015-5

Bechara, A., & Martin, E. M. (2004). Impaired decision making related to working memory deficits in individuals with substance addictions. *Neuropsychology*, 18(1), 152-162.

Bechara, A., Damasio, A. R., Damasio, H., & Anderson, S. W. (1994). Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50(1-3), 7-15.

Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10(3), 295-307. doi: 10.1093/cercor/10.3.295

Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A. R., & Lee, G. P. (1999). Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making. *The Journal of Neuroscience*, 19(13), 5473-5481. doi: Retrieved from <http://www.jneurosci.org/>

Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., & Damasio, A. R. (1997). Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. *Science*, 275(5304), 1293-1295.

Bechara, A., Tranel, D., & Damasio, H. (2000). Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain*, 123(11), 2189-2202.

Belmore, M. F., & Quinsey, V. L. (1994). Correlates of psychopathy in a noninstitutional sample. *Journal of Interpersonal Violence*, 9(3), 339–349.

- Blair, R.J.R. (2001). Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 71, 727-731.
- Buelow, M. T., & Suhr, J. A. (2009). Construct validity of the Iowa Gambling Task. *Neuropsychology Review*, 19(1), 102-114.
- Buelow, M. T., & Suhr, J. A. (2013). Personality characteristics and state mood influence individual deck selections on the Iowa Gambling Task. *Personality and Individual Differences*, 54(5), 593-597.
- Cavedini, P., Gorini, A., & Bellodi, L. (2006). Understanding obsessive-compulsive disorder: Focus on decision making. *Neuropsychology Review*, 16(1), 3-15.
- Cavedini, P., Riboldi, G., D'Annuncci, A., Belotti, P., Cisima, M., & Bellodi, L. (2002). Decision-making heterogeneity in obsessive-compulsive disorder: ventromedial prefrontal cortex function predicts different treatment outcomes. *Neuropsychologia*, 40(2), 205-211.
- Christodoulou, T., Lewis, M., Ploubidis, G. B., & Frangou, S. (2006). The relationship of impulsivity to response inhibition and decision-making in remitted patients with bipolar disorder. *European Psychiatry*, 21(4), 270-273.
- Clark, L., Iversen, S. D., & Goodwin, G. M. (2001). A neuropsychological investigation of prefrontal cortex involvement in acute mania. *The American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1605-1611.
- Conger, R., & Donnellan, M. (2007). An interactionist perspective on the socioeconomic context of human development. *Annual Review of Psychology*, 58, 175-199.
- Crone, E. A., & van der Molen, M. W. (2004). Developmental changes in real life decision making: Performance on a gambling task previously shown to depend on the ventromedial prefrontal cortex. *Developmental Neuropsychology*, 25(3), 251-279.
- Crone, E. A., & van der Molen, M. W. (2007). Development of decision making in school-aged children and adolescents: evidence from heart rate and skin conductance analysis. *Child Development*, 78(4), 1288-1301.
- Dalgleish, T., Yiend, J., Bramham, J., Teasdale, J. D., Ogilvie, A. D., Malhi, G., & Howard, R. (2004). Neuropsychological processing associated with recovery from depression after

stereotactic subcaudate tractotomy. *The American Journal of Psychiatry*, 161(10), 1913-1916.

Damasio, A. R. (1994). *Descartes' error: emotion, reason and the human brain*. New York: Grosset/Putnam.

Davis, C., Fox, J., Patte, K., Curtis, C., Strimas, R., Reid, C., & McCool, C. (2008). Education level moderates learning on two versions of the Iowa Gambling Task. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 14(6), 1063-1068. doi: 10.1017/S1355617708081204

de Visser, L., van der Knaap, L. J., van de Loo, A. J. A. E., van der Weerd, C. M. M., Ohl, F., & van den Bos, R. (2010). Trait anxiety affects decision-making differently in healthy men and women: Towards gender-specific endophenotypes of anxiety. *Neuropsychologia*, 48(6), 1598-1606.

Denburg, N. L., Cole, C. A., Hernandez, M., Yamada, T. H., Tranel, D., Bechara, A., & Wallace, R. B. (2007). The orbitofrontal cortex, real-world decision making, and normal aging. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1121(1), 480-498.

Denburg, N. L., Recknor, E. C., Bechara, A., & Tranel, D. (2006). Psychophysiological anticipation of positive outcomes promotes advantageous decision-making in normal older persons. *International Journal of Psychophysiology*, 61(1), 19-25.

Denburg, N. L., Tranel, D., & Bechara, A. (2005). The ability to decide advantageously declines prematurely in some normal older persons. *Neuropsychologia*, 43(7), 1099-1106.

Denburg, N. L., Weller, J. A., Yamada, T. H., Shivapour, D. M., Kaup, A. R., LaLoggia, A., . . . Bechara, A. (2009). Poor decision making among older adults is related to elevated levels of neuroticism. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(2), 164-172.

Ernst, M., Grant, S. J., London, E. D., Contoreggi, C. S., Kimes, A. S., & Spurgeon, L. (2003). Decision making in adolescents with behavior disorders and adults with substance abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 160(1), 33-40.

Fonseca, R., Silva, P., & Silva, R. (2007). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia*, 5(1), 81-90

Freitas, S., Simões, M.R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population, *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, iFirst, 1–8.

Fridberg, D. J., Queller, S., Ahn, W.-Y., Kim, W., Bishara, A. J., Busemeyer, J. R., et al. (2010). Cognitive mechanisms underlying risky decision-making in chronic cannabis users. *Journal of Mathematical Psychology*, 54 , 28 - 38.

Fry, J., Greenop, K., Turnbull, O., & Bowman, C. (2009). The effect of education and gender on emotion-based decision-making. *South African Journal of Psychology*, 39(1), 122 -132

Garon, N., & Moore, C. (2007). Awareness and symbol use improves future-oriented decision making in preschoolers. *Developmental Neuropsychology*, 31(1), 39-59. doi: 10.1080/09297040600762701

Geurts, H. M., van der Oord, S., & Crone, E. A. (2006). Hot and cool aspects of cognitive control in children with ADHD: Decision-making and inhibition. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(6), 813-824.

Glicksohn, J., & Zilberman, N. (2010). Gambling on individual differences in decision making. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 557-562.

Glicksohn, J., Naor-Ziv, R., & Leshem, R. (2007). Impulsive decision-making: Learning to gamble wisely? *Cognition*, 105(1), 195-205.

Guillaume, S., Sang, C. N., Jaussent, I., Raingeard, I., Bringer, J., Jollant, F., & Courtet, P. (2010). Is decision making really impaired in eating disorders? *Neuropsychology*, 24(6), 808-812.

John, O., & Srivastava, S. (1999). The big five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. In L. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research* (2 ed., pp. 102-138). New York: Guilford.

Jollant, F., Lawrence, N. S., Olie, E., O'Daly, O., Malafosse, A., Courtet, P., & Phillips, M. L. (2010). Decreased activation of lateral orbitofrontal cortex during risky choices under uncertainty is associated with disadvantageous decision-making and suicidal behavior. *Neuroimage*, 51(3), 1275-1281.

Kornreich, C., Brevers, D., Ermer, E., Hanak, C., Verbanck, P., Campanella, S., & Noël, X. (2013). Polysubstance dependent patients display a more utilitarian profile in moral decision-making than alcohol-dependent patients, depressive patients and controls. *Drug and Alcohol Dependence*, 12, 23-43

Labudda, K., Frigge, K., Horstmann, S., Aengenendt, J., Woermann, F. G., Ebner, A., . . . Brand, M. (2009). Decision making in patients with temporal lobe epilepsy. *Neuropsychologia*, 47(1), 50-58.

Lawrence, N. S., Wooderson, S., Mataix-Cols, D., David, R., Speckens, A., & Phillips, M. L. (2006). Decision making and set shifting impairments are associated with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychology*, 20(4), 409-419.

Lawrence, N. S., Wooderson, S., Mataix-Cols, D., David, R., Speckens, A., & Phillips, M. L. (2006). Decision making and set shifting impairments are associated with distinct symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychology*, 20(4), 409-419.

Lin, C. H., Chiu, Y. C., Lee, P. L., & Hsieh, J. C. (2007). Is deck B a disadvantageous deck in the Iowa Gambling Task? *Behavioral and Brain Functions*, 3(16), 1-10.

Lin, C.-H., Song, T.-J., Chen, Y.-Y., Lee, W.-K., & Chiu, Y. (2013). Reexamining the validity and reliability of the clinical version of the Iowa Gambling Task: Evidence from a normal subject group. *Frontiers in Psychology*, 4(220), 1-12. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00220

Lin, C.-H., Song, T.-J., Lin, Y.-K., & Chiu, Y.-C. (2012). Mirrored prominent deck B phenomenon: Frequent small losses override infrequent large gains in the inverted Iowa Gambling Task. *PLoS One*, 7(10), 1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0047202

Mata, F. G. d., Neves, F. S., Lage, G. M., Moraes, P. H. P. d., Mattos, P., Fuentes, D., . . . Malloy-Diniz, L. (2011). Avaliação neuropsicológica do processo de tomada de decisões em crianças e adolescentes: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38, 106-115.

Miranda Jr, R., MacKillop, J., Meyerson, L. A., Justus, A., & Lavallo, W. R. (2009). Influence of Antisocial and Psychopathic Traits on Decision-Making Biases in Alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 33(5), 817-825.

Mistry, R., Biesanz, J., Taylor, L., Burchinal, M., & Cox, M. (2004). Family income and its relation to preschool children's adjustment for families in the NICHD study of early child care. *Developmental Psychology*, 40(5), 727–745.

Nakamura, M., Nestor, P. G., Levitt, J. J., Cohen, A. S., Kawashima, T., Shenton, M. E., & McCarley, R. W. (2008). Orbitofrontal volume deficit in schizophrenia and thought disorder. *Brain*, 131(1), 180-195.

North, N. T., & O'Carroll, R. E. (2001). Decision making in patients with spinal cord damage: Afferent feedback and the somatic marker hypothesis. *Neuropsychologia*, 39(5), 521-524.

Oldershaw, A., Grima, E., Jollant, F., Richards, C., Simic, M., Taylor, L., & Schmidt, U. (2009). Decision making and problem solving in adolescents who deliberately self-harm. *Psychological Medicine*, 39(1), 95-104.

Overman, W. H. (2004). Sex differences in early childhood, adolescence, and adulthood on cognitive tasks that rely on orbital prefrontal cortex. *Brain and Cognition*, 55(1), 134-147.

Overman, W. H., & Pierce, A. (2013). Iowa Gambling Task with non-clinical participants: Effects of using real + virtual cards and additional trials. *Frontiers in Psychology*, 4, 935.

Pabst, S., Brand, M., & Wolf, O.T. (2013). Stress and decision making: A few minutes make all the difference. *Behavioural Brain Research*, 250, 39– 45

Poletti, M., Cavedini, P., & Bonuccelli, U. (2011). Iowa Gambling Task in Parkinson's disease. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(4), 1-15.

Ponnet, K. (2014). Financial Stress, Parent Functioning and Adolescent Problem Behavior: An Actor–Partner Interdependence Approach to Family Stress Processes in Low-, Middle-, and High-Income Families. *J Youth Adolescence*, 43, 1752–1769

Reavis, R., & Overman, W. (2001). Adult sex differences on a decision-making task previously shown to depend on the orbital prefrontal cortex. *Behavioral Neuroscience*, 115(1), 196-206.

Ross, S., Benning, S., & Adams, Z. (2007). Symptoms of executive dysfunction are endemic to secondary psychopathy: An examination in criminal offenders and noninstitutionalized young adults. *Journal of Personality Disorders* 21(4), 384-399.

Schmitt, W. A., Brinkley, C. A., & Newman, J. P. (1999). Testing Damasio's somatic marker hypothesis with psychopathic individuals: Risk takers or risk averse? *Journal of Abnormal Psychology, 108*(3), 538-543.

Sellbom, M., & Verona, E. (2007). Neuropsychological correlates of psychopathic traits in a non-incarcerated sample. *Journal of Research in Personality, 41*(2), 276-294.

Sevy, S., Burdick, K. E., Visweswaraiah, H., Abdelmessih, S., Lukin, M., Yechiam, E., & Bechara, A. (2007). Iowa Gambling Task in schizophrenia: A review and new data in patients with schizophrenia and co-occurring cannabis use disorders. *Schizophrenia Research, 92*(1), 74-84.

Sinz, H., Zamarian, L., Benke, T., Wenning, G. K., & Delazer, M. (2008). Impact of ambiguity and risk on decision making in mild Alzheimer's disease. *Neuropsychologia, 46*(7), 2043-2055.

Smoski, M. J., Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Cheavens, J. S., Chapman, A. L., & Krishnan, R. R. (2008). Decision-making and risk aversion among depressive adults. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*(4), 567-576.

Stout, J. C., Rodawalt, W. C., & Siemers, E. R. (2001). Risky decision making in Huntington's disease. *Journal of the International Neuropsychological Society, 7*(01), 92-101.

Sutker, P. B., & Allain, A. N. (1987). Cognitive abstraction, shifting, and control: Clinical sample comparisons of psychopaths and non-psychopaths. *Journal of Abnormal Psychology, 96*(1), 73-75.

Takano, K., & Tanno, Y. (2009). Self-rumination, self-reflection, and depression: Self-rumination counteracts the adaptive effect of self-reflection. *Behaviour Research and Therapy, 47*(3), 260-264.

Tarter, R. E., Kirisci, L., Mezzich, A., Cornelius, J. R., Pajer, K., Vanyukov, M., . . . Clark, D. (2003). Neurobehavioral disinhibition in childhood predicts early age at onset of substance use disorder *American Journal of Psychiatry, 160*(6), 1078-1085.

Toplak, M. E., Jain, U., & Tannock, R. (2005). Executive and motivational processes in adolescents with attention-deficit-hyperactivity disorder (ADHD). *Behavioral and Brain Functions, 1*(8), 1-12.

Toplak, M. E., Sorge, G. B., Benoit, A., West, R. F., & Stanovich, K. E. (2010). Decision-making and cognitive abilities: A review of associations between Iowa Gambling Task performance, executive functions, and intelligence. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 562-581.

Turnbull, O. H., Evans, C. E., Kemish, K., Park, S., & Bowman, C. H. (2006). A novel set-shifting modification of the Iowa Gambling Task: Flexible emotion-based learning in schizophrenia. *Neuropsychology*, 20(3), 290-298.

van den Bos, R., Homberg, J., & de Visser, L. (2013). A critical review of sex differences in decision-making tasks: focus on the Iowa Gambling Task. *Behav. Brain Res.* 23, 95 – 108.

van den Bos, R., Houx, B. B., & Spruijt, B. M. (2006). The effect of reward magnitude differences on choosing disadvantageous decks in the Iowa Gambling Task. *Biological Psychology*, 71(2), 155-161.

van Holst, R., van den Brink, W., Veltman, D., & Goudriaan, A. (2010). Brain imaging studies in pathological gambling. *Current Psychiatry Reports*, 12(5), 418-425.

Wardle, M. C., Gonzalez, R., Bechara, A., & Martin-Thormeyer, E. M. (2010). Iowa Gambling Task performance and emotional distress interact to predict risky sexual behavior in individuals with dual substance and HIV diagnoses. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 32(10), 1110 - 1121.

Weller, J. A., Levin, I. P., & Bechara, A. (2010). Do individual differences in Iowa Gambling Task performance predict adaptive decision making for risky gains and losses? *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*, 32 (2), 141-150.

Xiao, L., Bechara, A., Gong, Q., Huang, X., Li, X., Xue, G., . . . Johnson, C. A. (2013). Abnormal affective decision making revealed in adolescent binge drinkers using a functional magnetic resonance imaging study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27 (2), 443-454.

Yechiam, E., Arshavsky, O., Shamay-Tsoory, S. G., Yaniv, S., & Aharon, J. (2010). Adapted to explore: Reinforcement learning in autistic spectrum conditions. *Brain and Cognition*, 72(2), 317-324.

Yechiam, E., Stout, J. C., Busemeyer, J. R., Rock, S. L., & Finn, P. R. (2005). Individual differences in the response to forgone payoffs: an examination of high functioning drug abusers. *Journal of Behavioral Decision Making*, 18(2), 97-110.

**PESQUISADORES DE CIÊNCIAS HUMANAS NO CAMPO DAS CÊNCIAS DA
SAÚDE E VICE-VERSA: FACILITADORES E BARREIRAS PARA CONDUZIR
INVESTIGAÇÕES CIENTÍFICAS**

Egberto Ribeiro Turato

Resumo: Há décadas fala-se em interdisciplinaridade no ambiente acadêmico, incluindo o amplo campo da Saúde. Muito se escreveu, muito se debateu. No entanto, vê-se que o volume do discurso acumulado continua bastante aquém das experiências profissionais que são propostas. O que acontece? A partir de uma discussão escolhida sobre o campo prático-teórico, esta apresentação almeja mostrar o que ocorreria na concretização de trabalhos, que buscam valorizar os espaços "entre as disciplinas" (institucionais produzidas historicamente pela mente humana). Se estes trabalhos têm facilitadores, tais como o desejo e planos sinceros de aproximação entre tantas áreas do conhecimento construído, por outro lado também se esbarram em problemas naturais da migração dos pesquisadores e praticantes, vindos de áreas do saber de sua formação universitária de origem para outras áreas que então lhes são novas para possíveis projetos investigativos e atividades clínicas.

A NEUROCIÊNCIA E O COMPORTAMENTO DE RISCO

Marcelo Fernandes da Costa⁹

As Neurociências têm avançado muito no conhecimento das bases fisiológicas de comportamentos humanos complexos. Nossas relações sociais, identidade, concepções estéticas, assim como nossos julgamentos, tomadas de decisões, raciocínio fazem parte da nova avalanche de conhecimentos que estamos tendo sobre as bases neurais destas atividades mentais.

O aprofundamento no entendimento da complexa tramitação de informação nos circuitos neurais, tem remetido os neurocientistas ao estudo do desenvolvimento cerebral, principalmente, na vida intra-útero e nos estágios iniciais da vida pós-concepção. Muitos dos eventos complexos e de como os realizamos, na vida adulta, são constituídos, no sentido estrutural e funcional, neste período inicial da infância.

Muito do que apontam as evidências atuais para comportamentos anormais e doenças psicológicas/ psiquiátricas, tem também, sua origem neste período. Neste curto texto, apresentaremos os pontos críticos da fronteira da, atualmente considerada, “Neurocultura”.

O Papel do Desenvolvimento

Um dos avanços mais significativos das neurociências do desenvolvimento está no entendimento das características cerebrais dos temperamentos, personalidade e caráter dos humanos. As pesquisas mais recentes tem mostrado que crianças apresentam traços de personalidade estáveis e geram comportamentos salientes preditos pelo traço estável (Wangqvist, Lamb, Frisen, & Hwang, 2015). Estes resultados estão alinhados com os estabelecido pela teoria freudiana. Este achado tem importância singular na psicologia, pois une as premissas e conclusões de uma teoria com achados em pesquisas experimentais, reforçando nossa concepção de que estrutura da personalidade estável se estabelece na infância.

⁹Professor Associado - IPUSP: Av. Prof. Mello Moraes, 1721; São Paulo, SP; fone 11 3091-1918; costamf@usp.br

Outro importante ponto a ser discutido sobre o aparecimento dos traços de personalidade em momentos mais tardios do desenvolvimento infantil, é o de considerarmos as evidências tais temperamentos são manifestações dos traços de personalidade que se encontravam ainda latentes (Tackett, Herzhoff, Kushner, & Rule, 2016).

Atualmente, sugere-se que a amabilidade, a extroversão, a instabilidade emocional e a escrupulosidade são estruturas que permanecem muito estáveis ao longo da vida e somente a abertura para experiências se modifica, muitas vezes de maneira muito considerável, sendo até levantada a hipótese de que esta possa não ser uma estrutura da personalidade (Rothbart, Ahadi, & Evans, 2000; Saucier & Goldberg, 1998).

Esta estabilidade de alguns traços levanta a hipótese de que os componentes genéticos sejam fortes na definição da personalidade humana. Avaliações em gêmeos idênticos mostram que a herança genética afeta todos os fatores de personalidade medidos pelo constructo do Big Five. Um estudo de grande impacto na literatura da área mostra que, em termos quantitativos, estima-se que o componente abertura para experiência tem 57%, amabilidade 42%, instabilidade emocional 48%, extroversão 54% e escrupulosidade 52% de influência genética (Bouchard, Jr. & McGue, 2003).

A intensa plasticidade cerebral nos primeiros dois anos de vida apresenta uma influência universal na definição e solidificação da personalidade (Schoore, 2003), incluindo ativações especificamente intensas no hemisfério cerebral direito, área relacionada às tomadas de decisão e planejamento de ações, e no sistema límbico, o qual está relacionado com as motivações e com as emoções (Galarbuda, 1987; Sadleir, 2009). Estas emoções iniciais são os alicerces nos quais as experiências e expressões emocionais se formam e, portanto, marcam profundamente os padrões emocionais e comportamentos automáticos ou intencionais que apresentamos durante toda a nossa vida (Waller, 2007).

A Neurociência do Desenvolvimento

A neurociência do desenvolvimento está fortemente centrada nos aspectos de neurogênese e neuroplasticidade que ocorrem ao longo da vida. Destes estudos, o conceito de período crítico rapidamente foi difundido entre a comunidade acadêmica, dada a sua importância no entendimento das capacidades de modificações cerebrais e

dos impactos que estas modificações poderiam ter no envelhecimento e nos processos de reabilitação. Os estudos iniciais foram realizados em sistemas sensoriais de modelos animais como gatos e primatas não-humanos e posteriormente confirmados em humanos.

É muito recente os estudos sobre aspectos do desenvolvimento para mecanismos mentais complexos como as emoções, os raciocínios e a personalidade. A circuitaria que alicerça nossa personalidade está completamente desenvolvida, do ponto de vista neurocientífico, ao final dos 5 anos de idade (Davidson, 1992; Vaish, Grossmann, & Woodward, 2008). Adicionais áreas cerebrais relacionadas ao processamento mental mais complexo como os julgamentos, a tomada de decisão, personalidade e planejamento de ações tenham seus períodos sensíveis ocorrendo até por volta dos 9-10 anos de idade, estes são calcados no sistema límbico (Joseph, 1982).

Conforme as conexões entre o sistema límbico e as áreas cerebrais frontais e pré-frontais se estabelecem, temos o aparecimento das diferentes manifestações de crenças, apego, viés e aversões que caracterizam nossa personalidade (Davidson, 1992).

Sabemos hoje, que há neurogênese e neuroplasticidade, praticamente em todo o cérebro, de adultos e até de idosos. No entanto, ocorre que esta possibilidade de modificação é inversamente proporcional à idade e, mesmo para adolescentes e adultos jovens, as possibilidades de modificações estruturais e funcionais, que se apresentam como comportamentos e experiências subjetivas, de fato, são definidos, em sua grande maioria, nos primeiros anos de infância.

Devemos, portanto, pensar que experiências negativas, sejam de ordem familiar, social ou de saúde, acarretam condições irreversíveis ou de persistência de sequelas, se não tratadas adequadamente, no período ideal.

Considerações Finais

O avanço científico das neurociências e da psicofisiologia tem aproximado, cada vez mais, a psicologia das ciências biológicas e da saúde, integrando o conhecimento sobre comportamentos e processos mentais das estruturas e funções cerebrais. Importante tópico é o desenvolvimento cerebral/mental, que esclarecendo as formas e períodos de

desenvolvimento cerebral, permitirá que ajustes terapêuticos sejam realizados de forma mais eficiente.

Referências Bibliográficas

Bouchard, T. J., Jr. & McGue, M. (2003). Genetic and environmental influences on human psychological differences. *J. Neurobiol.*, 54, 4-45.

Davidson, R. (1992). Anterior cerebral asymmetry and the nature of emotion. *Brain and Cognition*, 20, 125-151.

Joseph, R. (1982). The Neuropsychology of Development. Hemispheric Laterality, Limbic Language, the Origin of Thought. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 4-33.

Galarbuda, A. M. (1987). Cerebral Lateralization: biological mechanisms, associations and pathology. (1 ed.) Cambridge, M A.: MIT Press

Sadleir, S. S. (2009). The Self Realization Course. (2 ed.) Laguna Beach, CA: Self Awareness Institute.

Schore, A. (2003). Affect Regulation and the Origin of the Self. (2 ed.) Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Tackett, J. L., Herzhoff, K., Kushner, S. C., & Rule, N. (2016). Thin Slices of Child Personality: Perceptual, Situational, and Behavioral Contributions. *J.Pers.Soc.Psychol.* 110 (1): 150-166.

Waller, M. (2007). Awakening: Exposing the Voice of the Mosaic Mind. (2 ed.) Livermore, CA: WingSpan.

Wangqvist, M., Lamb, M. E., Frisen, A., & Hwang, C. P. (2015). Child and Adolescent Predictors of Personality in Early Adulthood. *Child Dev.* 86(4): 1253-1261.

TRABALHOS APRESENTADOS NA SESSÃO DE POSTER

**LABORATÓRIO DE SAÚDE
MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA
SOCIAL
APOIAR**

ESTUDO DE CASO: PRÉ-ADOLESCENTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E DESENVOLVIMENTO DA IDENTIDADE

Claudia Rodrigues Sanchez¹

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo²

RESUMO

Este artigo se refere ao trabalho desenvolvido no Projeto APOIAR, do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. O presente estudo aborda a questão do sofrimento humano, especificamente a violência doméstica e suas consequências em crianças vitimizadas. O estudo visou propiciar a compreensão da experiência emocional, que a vivência da violência doméstica e a posterior institucionalização acarreta em crianças que sofrem essa condição, especialmente sobre o desenvolvimento da identidade; e ainda descrever as possibilidades de recuperação a partir de atendimento psicoterápico psicanalítico. Para tanto foi empregado o método clínico qualitativo com base em estudo do caso de uma pré-adolescente, que vem sendo atendida em psicoterapia de orientação psicanalítica, há seis anos no Projeto APOIAR. Trata-se de uma menina de 13 anos que foi institucionalizada com 07 anos, com queixa inicial de que a criança sofreu negligência e abandono por parte dos pais biológicos e suspeita de abuso por parte desse pai. Para a discussão foram empregados conceitos teóricos dos trabalhos de Winnicott e Barus-Michel. O estudo revela a importância do recurso terapêutico que tenha a função de rearticular o equilíbrio psíquico, nesse caso da pré-adolescente vítima de violência doméstica.

Palavras-chave: Violência Doméstica, Identidade, Winnicott, Barus-Michel.

INTRODUÇÃO

Nesse item introdutório serão inseridas algumas considerações acerca dos temas abordados no presente artigo: Violência Doméstica, conceitos advindos da teoria

¹ Psicóloga. Pesquisadora do APOIAR, programa inserido no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica e Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

² Professora Associada Coordenadora do APOIAR - no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica e Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

psicanalítica, em especial de D. W. Winnicott; sobre identidade, desenvolvimento; e também serão trazidas considerações a respeito do sofrimento da obra de J. Barus Michel³.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

A violência, nos dias de hoje, é tida como um problema social e como um problema de saúde pública. É um fenômeno que se manifesta de maneira sigilosa, o que configura um segredo dentro do contexto familiar. (Azevedo e Guerra, 1998). As próprias definições científicas deste fenômeno são complexas e muitas vezes contraditórias entre si, pois utilizam indiscriminadamente muitos termos (maus-tratos, agressão, disciplina, abuso, etc.) que podem mascarar, deturpar, ou mesmo negligenciar a amplitude da violência doméstica contra crianças e adolescentes. (Pinto Junior, 2005). O trabalho se baseia na concepção de (Adorno, 1988, p. 07) que estabelece:

“A violência é uma forma de relação social; está inexoravelmente atada ao modo pelo qual os homens produzem e reproduzem suas condições sociais de existência. Sob esta óptica, a violência, expressa padrões de sociabilidade, modos de vida, modelos atualizados de comportamentos vigentes em uma sociedade em um momento determinado de seu processo histórico.”

A violência dentro do contexto familiar que efetivamente vitimiza a criança e o adolescente, para Azevedo e Guerra (1998a), além de possuir fatores desencadeantes, como socioeconômicos, culturais e psicológicos, é um fenômeno endêmico, que se caracteriza pelo fato de nenhuma etnia, classe social ou religião estarem isentas, não é intrínseco a pobreza, nem a marginalidade, pode envolver diversas gerações, e tem como principal característica a repetição. Seguindo as mesmas autoras se pode afirmar que, a violência doméstica é uma forma de violência subjetiva e interpessoal, na qual o adulto extrapola e transgride o seu poder disciplinador, negando e negligenciando as necessidades e direitos

³ Jacqueline Barus-Michel, psicóloga social e professora emérito em psicologia social na Universidade Paris VII – Didero, coordenou o Laboratório De Psicologia Clínica Social de Paris VII. E batizou o laboratório no qual se insere o presente artigo com a expressão *Psicologia Clínica Social*. Esteve em nosso meio, participou de eventos, deu supervisões, trouxe inegáveis contribuições. Deixou uma obra fundamental nesse campo, e faleceu em Paris 17 de abril de 2015 (Tardivo, 2015).

da criança e tolhendo-a de sua liberdade, colocando-a, dessa forma, numa posição de mero objeto dos desejos do adulto.

A violência intrafamiliar, revela o quão perverso pode ser o relacionamento entre seus membros, considerados entre os mais fortes e os mais fracos e vulneráveis; o silêncio, “o que não é dito”, mascara uma realidade, e expõe a criança e o adolescente à fatores de risco quanto ao seu desenvolvimento psicológico e social. (Azevedo e Guerra, 1998). Assim uma definição de violência doméstica ampla expressada por este autor, é a que se segue:

“Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que - sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima - implica de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento. ” (p. 177).

Independentemente do tipo de violência doméstica sofrida pela criança e/ou pelo adolescente; seja uma violência física, sexual, psicológica ou negligência. Ou ainda, a junção de mais de uma modalidade, a vítima se torna alvo de consequências desastrosas, perturbação da noção de identidade e outros distúrbios de personalidade e de adaptação social. (Azevedo e Guerra, 1998).

No caso da violência doméstica e outras situações de risco ou vulnerabilidade social ou pessoal, além da violência, o abandono e a mendicância, entre outros, há medidas de proteção previstas no ECA- Estatuto da Criança e Adolescente (Brasil, 1990) entre as quais a institucionalização, a acolhida. Uma infância bem cuidada e amparada, em um ambiente estável e afetivo reflete em uma adolescência que desenvolve sua capacidade de vincular-se e estabelecer autonomia, ingressando na idade adulta e se inserindo na sociedade. (Parente, Miura, Tardivo, 2015).

ALGUNS CONCEITOS: IDENTIDADE, DESENVOLVIMENTO E SOFRIMENTO

Tais conceitos serão aqui brevemente mencionados, em função do espaço do artigo. Assim, iniciando pelo estudo do conceito de identidade, Pontalis (1995) traz a referência do que

Freud S. escreveu no importante trabalho “A Interpretação dos Sonhos” (1900/1995), sobre o desenvolvimento da identidade do sujeito.

“A vivência de satisfação constitui a origem da procura da identidade de percepção. Ela liga a uma descarga eminentemente satisfatória a representação de um objeto eletivo. O sujeito vai daí em diante “repetir a percepção que está ligada à satisfação da necessidade. ” ”. (Pontalis, 1995, p. 225).

A relação de identidade se encontra entre as relações lógicas (identificação), e prevalece a que melhor se harmoniza com o próprio funcionamento mental do sujeito. O pensamento se modifica, com o objetivo de libertar os processos psíquicos reguladores, ligando-se as representações, sem se deixar enganar pela intensidade delas. Quando o sujeito se depara com situações que causam impacto, de um modo ou de outro ficam marcas psicológicas, que o acompanha e pode determinar sua identidade. (Pontalis, 1995).

“Identidade pode ser entendida como a condição de ser si mesmo, ou como aquilo que se mantém em cada um; podendo ser definida como “sentimento subjetivo de uma envigorante uniformidade e continuidade” (Erikson, 1972 p. 17).

Durante a adolescência, Tardivo (2007) afirma que o ser humano deve galgar várias etapas para conquistar o status adulto. Na concepção de identidade em Psicologia está inserida a ideia da persistência do caráter essencial como ser humano em geral e, ao mesmo tempo, o aspecto particular de cada um. A identidade vai sendo conquistada e construída ao longo do desenvolvimento.

Dessa forma, vale destacar considerações que Winnicott, psicanalista cujas idéias embasam trabalhos desenvolvidos no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social, sobre o desenvolvimento. Para Winnicott (1967/1989), a possibilidade de cuidar de si mesmo, aos poucos vai integrando a identidade do indivíduo. Esse cuidado é adquirido pela incorporação dos cuidados recebidos, através de lembranças do cuidado proporcionado pelo ambiente, seja no início da vida ou mesmo mais tardiamente. Essas integrações possibilitam ao indivíduo transferir o cuidado que recebeu para o cuidar de si mesmo, conquistando assim sua independência. Winnicott (idem) conceitua que o cuidar do outro corresponde a uma preocupação com o ambiente em que o indivíduo vive e com os efeitos de suas ações frente ao outro. Partindo de que as diversas experiências de ser

no mundo, estão na base de, e são condição para, a construção da personalidade individual, de uma identidade pessoal.

Nesse contexto, a criança começa a sair da sua realidade, que ainda é apenas subjetiva, e passa para o reconhecimento da realidade externa. Tal reconhecimento, ou seja, a vivência da realidade compartilhada proporciona ao indivíduo o encontro de si mesmo e, adquirindo cada vez mais novas capacidades cognitivas e afetivas, e a possibilidade do encontro com o outro, adquirindo sua identidade. Winnicott (1971/1975).

Winnicott aponta que momentos de brutalidade, momentos únicos, inesperados, deixam profundas marcas nesse relacionamento. Nesses momentos, quem os vive absorve pelo psiquismo uma percepção de falta de recursos, não há espaço psíquico para criação de algo novo. Quem a vive fica marcado apenas pela lembrança, que às vezes, no decorrer da vida, se insinua. (Winnicott, 1966 apud Ferreira; Ferreira; Maaz & Tschirner, 2009).

Para Winnicott a questão da elaboração não é tanto a elaboração psíquica das imagens e das significações que já estão pré-existentes ao campo analítico, mas a questão fundamental, é que a análise possa ser pautada por esse tipo de experiência que reorganiza e reposiciona o self frente a si mesmo e frente ao outro e que acaba também reorganizando a própria situação psíquica do paciente. (Winnicott, 1987 apud Safra e cols., 2005).

Outra vertente que será abordada no presente artigo se refere à situação de sofrimento que a exposição e a vivência da violência doméstica acarreta às crianças e adolescentes que a sofrem. Vale assim abordar algumas considerações acerca do sofrimento.

Barus-Michel (2003) define o sofrimento humano como uma sensação penosa, uma emoção desagradável, um sentimento de infelicidade num grau mais ou menos intenso, com uma certa duração, ligada a uma representação difícil ou impossível de suportar. O sofrimento segundo esta autora, pode ser tanto físico quanto moral, Barus-Michel utiliza a palavra dor para se referir a dimensão física, e utiliza a palavra sofrimento para se referir a dimensão moral. Contudo, para esta autora o sofrimento psíquico e a dor física, convertem-se um no outro ou se sobrepõem um ao outro. Supõe-se sempre que um sofrimento moral tenha uma causa, e esteja ligado a uma experiência, esteja ligado a um acontecimento que feriu, abalando o equilíbrio psíquico, afetando-o de modo significativo, negativamente.

Continuando nas considerações de Barus Michel (2003); ela refere que acontecimentos e situações vividas podem estar relacionados ao desencadeamento do sofrimento, mas o

sofrimento também está relacionado com aspectos psicoemocionais individuais. O comportamento motor e o desenvolvimento da linguagem são determinados pela luta contra as insuficiências e os desprazeres vividos pelo sujeito. Quando essas situações são excessivamente fortes ou tem uma duração muito longa, e/ou quando as tentativas de lutar e lidar com essas situações não se mostram eficazes, o sujeito vivencia sentimento de perda e luto, de desesperança, caracterizando o sofrimento. Barus-Michel (2003).

Dessa forma, Barus Michel (2003) estabelece em trecho empregado em trabalho de Tardivo (2007):

“O sofrimento afeta o sujeito (subjetividade) em sua unidade e integridade, sua coesão e coerência. Corresponde ao que a Psicanálise atribui ao ego, instância reguladora, preservando, nas ambivalências e contradições (a divisão do sujeito) e sob a pressão da realidade e das outras instâncias, (id e superego), uma unidade de identidade e uma estabilidade emocional. O sofrimento refere-se assim, a serias dificuldades em manter a continuidade e a integridade do eu. ” (Tardivo, 2007, p. 42).

No que se refere à capacidade de o sujeito suportar o sofrimento, Barus-Michel (2003) pontua que depende da força do ego, se o sujeito tem vínculos afetivos fortes tanto com outras pessoas como também com ideais. Psicanaliticamente, quando o sujeito atinge um desenvolvimento egóico e possui a capacidade de estabelecer relações objetais.

Ainda vale destacar que é fundamental o papel da continência que deve ser proporcionado pelo ambiente da pessoa em sofrimento, para que a partir de novas possibilidades de desenvolvimento da confiança e da segurança, essa pessoa possa reintegrar sua identidade com uma nova perspectiva, de modo positivo (Barus Michel, 2003) .E aí se pode relacionar à relevância dos tratamentos que podem ser oferecidos que considere sempre essa continência, bem como o ambiente em que a criança ou adolescente esteja inserido, como escola, instituição, além da família. Esses aspectos serão relacionados ao relato que compõe o presente artigo.

OBJETIVO E JUSTIFICATIVAS

Pelo que foi acima mencionado o estudo se justifica, em função de se considerar a relevância de serem feitos estudos que contribuam para a compreensão e o conhecimento

da experiência emocional de crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica, pelas consequências que pode acarretar no processo de desenvolvimento e na saúde das vítimas. Também se justifica esse estudo por visar trazer para essa compreensão e discussão, dados da teoria psicanalítica, em especial, advindos de D. W. Winnicott e considerações acerca do sofrimento encontradas na obra de J. Barus-Michel. Também se justifica que sejam apresentados e publicados estudos baseados em atendimentos psicoterápicos, evidenciando cada vez mais a necessidade de que sejam divulgadas propostas interventivas junto a crianças e adolescentes que sofreram violência doméstica.

Assim o estudo visou propiciar a compreensão da experiência emocional que a vivência da violência doméstica e a posterior institucionalização acarreta em crianças que sofrem essa condição, em especial sobre o desenvolvimento da identidade; e ainda descrever as possibilidades de recuperação a partir de atendimento psicoterápico psicanalítico.

MÉTODO

O método empregado nesse trabalho é clínico, com base em estudo de caso, as reflexões que o compõem foram desenvolvidas a partir de um atendimento psicoterápico realizado no APOIAR - Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, no Atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica.

Foi realizado a entrevista inicial, o psicodiagnóstico e vem sendo feito o trabalho em psicoterapia de uma criança vítima de violência doméstica, com atendimento semanal, há 06 anos, sendo que foi atendida por uma psicóloga por cerca de três anos, após, foi feito um trabalho para mudança de terapeuta, com a qual a criança continua em tratamento.

O estudo se baseia num método clínico qualitativo que tem como base os sentidos e significações dos fenômenos observados (Turato, 2008). O autor menciona como principais características: dados descritivos, a preocupação com o processo e a importância da significação.

Como uma forma de realizar estudos com essa metodologia, o presente trabalho apresenta um estudo de caso, onde se buscou descrever o processo e se focou na busca de sentido. Yin (2005) se refere ao estudo de caso como completo. Assim ela descreve:

“Cada estudo de caso em particular consiste em um estudo completo, no qual se procuram evidências convergentes com respeito aos fatos e às conclusões para o caso; acredita-se, assim, que as conclusões de cada caso sejam as informações que necessitam de replicação por outros casos individuais” (Yin, 2005, p. 71).

RELATO DO CASO CLÍNICO

A paciente⁴ está sendo atendida no Projeto APOIAR, há 06 anos, inicialmente foi atendida por uma psicóloga por cerca de 3 anos, passando a outra psicóloga, uma das autoras do presente artigo, que a atende por mais 3 anos. Nesse sentido nessa descrição do caso e de trechos das sessões será usada a primeira pessoa do singular. Atualmente Mônica⁵ se encontra em atendimento.

Os dados seguintes foram fornecidos pela psicóloga responsável da instituição de acolhimento, quando Mônica foi encaminhada para o serviço de atendimento psicológico; são dados referentes a paciente, colhidos pela instituição na época da sua institucionalização, no ano de 2010, paciente então com 07 anos, esses dados vêm sendo corroborados em diversas reuniões no decorrer desses seis anos.

A família biológica de Mônica é composta por pai, mãe e cinco filhos: três mulheres, sendo uma casada, ausente do convívio dos pais e irmãos; uma adolescente, que foi mãe aos 16 anos; a paciente Mônica que está com 13 anos; e dois homens, um de 18 anos e um com 09 anos. Viviam na mendicância em condições de extrema vulnerabilidade. Os pais recolhiam lixo reciclável. Os filhos dormiam no meio do lixo e passavam o dia em carroças de coleta de lixo pela cidade. Além da mendicância, os pais tinham envolvimento com drogas. Os filhos foram institucionalizados, exceto a irmã casada e a adolescente mais velha, que fugiu da instituição de acolhimento, não mais retornando, atualmente não temos informações sobre essas duas irmãs. Mônica e seus dois irmãos encontram-se abrigados na mesma instituição, sendo que está previsto que o irmão mais velho deixe a instituição, por conta de ter completado 18 anos.

⁴ Os pacientes atendidos e seus responsáveis no APOIAR assinam um termo onde concordam que seu material possa ser empregado em trabalhos científicos, mantendo o anonimato.

⁵ Nome fictício da paciente, empregado a fim de manter o anonimato.

Mônica, com 07 anos, foi encaminhada ao Atendimento Psicológico de um Serviço que atende Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência Doméstica, pelos técnicos da instituição por suspeitarem que a criança tenha sofrido abuso sexual antes de ser institucionalizada. Havia essa hipótese, quando a paciente chegou ao acolhimento, rejeitava qualquer aproximação de técnicos homens e fazia suas necessidades fisiológicas na roupa a qualquer hora do dia. Além disso, a mãe de Mônica, em uma das primeiras visitas feitas à filha, ainda no ano de 2010, teria insinuado que o pai da criança teria feito algo a ela que sua mãe nunca poderia perdoar, reforçando assim as suspeitas de situação de abuso. Relatos dos técnicos da instituição informam que, em visita aos filhos, na época da institucionalização das crianças, o pai retirava sua camisa, colocava a paciente sentada em seu colo, demonstrando ser carinhoso, na sequência dava dinheiro a filha. Essa situação foi levada ao conselho tutelar, que sancionou a destituição do pátrio poder, assim como a proibição das visitas dos pais aos filhos.

No ano seguinte, esse pai, conseguiu permissão judicial para visitar os filhos institucionalizados, e assim o faz, atualmente é de conhecimento da paciente de que seu pai se casou novamente, formando nova família, assumindo dois filhos de sua atual companheira, e tendo um outro filho desse seu atual relacionamento. Existem relatos recentes, de 2016, dos técnicos da instituição, que esse pai visita os filhos com sua nova família, e que costuma se comportar de maneira inadequada, retirando a camisa em local inapropriado dentro do espaço físico da instituição, sendo repreendido pelos educadores.

Quanto à mãe biológica de Mônica, ainda em informações passadas pelos técnicos e responsáveis da instituição, sabe-se que ela também está com um novo companheiro, e que ela apresenta problemas psiquiátricos e continua envolvida com drogas, não mais visitando os filhos, desde a época da proibição judicial.

Segue alguns recortes de sessões, destacando o diálogo entre paciente e terapeuta. Em um dos atendimentos, no ano de 2015, paciente e terapeuta estavam realizando uma atividade de desenho e pintura, enquanto conversavam sobre as férias escolares que se aproximavam, houve o seguinte diálogo:

Mônica: “Ah. Sabe para onde eu vou nas férias? Eu vou para o sítio nestas férias. Não vou para a praia. Sabia que a primeira vez que eu entrei na água do mar um peixe me mordeu.”

Terapeuta: “Você se machucou? ”

Mônica: “Não, só doeu um pouquinho.”

A partir daí falam sobre se machucar e poder melhorar, a terapeuta lhe diz que ela sabe quanto é agradável, como é muito bom nadar, entrar na água do mar e se divertir. E ao final do diálogo, Mônica diz:

Mônica: “Eu gosto muito, eu me diverti e adoro ir à praia.”

Em outra ocasião, sessão realizada em meados de março de 2016, Mônica inicia o atendimento falando sobre a volta as aulas, começa a conversar com a terapeuta sobre o início das aulas do ano letivo, mostrando-se empolgada, diz que o Colégio é novo, que tem uniforme novo, material novo, porém, pontua que certa vez na escola perdeu um objeto pessoal que estimava muito, estava se referindo a uma pulseira que havia ganho de uma colega da escola no ano anterior, e que está colega havia se mudado de escola.

Mônica: “... perdi minha pulseira, no horário do lanche, tinha ganhado de uma amiga...”

A terapeuta questiona sobre esta amiga, após investigação soube que a amiga não estava mais na mesma escola que a paciente, mas que as duas se falavam via internet. Terapeuta diz que realmente é difícil perder coisas e pessoas, mas ressalta a empolgação de Mônica frente ao início das aulas, falam sobre a expectativa do novo, ao final do atendimento, paciente diz sorrindo e mostrando-se animada:

Mônica: “Colégio novo, aí vou eu, gosto do início das aulas, ver os colegas do ano passado e conhecer novos colegas.”.

DISCUSSÃO

Tendo como base dessa discussão a definição de sofrimento encontrada na obra de Barus-Michel percebe-se que Mônica demonstra vivenciar uma conexão entre a violência sofrida por ela, enquanto ser preterida pelos pais biológicos, quando em sessão ocorrida há dois anos atrás, data em que seu pai havia lhe visitado recentemente, juntamente com sua nova família, a nova companheira, e o filho do casal, irmão de Mônica. Nessa sessão Mônica verbalizou intenso desejo de morar com o pai, dizendo que seu irmão que ela conheceu no dia dessa visita, morava com o pai e ganhava presentes dele, e que ela também gostaria. Demonstra tristeza em não poder realizar seu desejo, e pontua que esse irmão pode morar com o pai e com a mãe, e que ela não pode.

Mônica foi impedida de conviver com sua família de origem; e por possível situação de violência física e/ou de abuso, é feita uma correlação com o sofrimento como afirma Barus-Michel. Percebe-se na fala de Mônica, e em suas expressões, um sentimento de

infelicidade, o que pode ser o desencadeante de uma dificuldade em manter a continuidade e a integridade do eu, dificultando assim o processo de formação de sua identidade.

Nos diálogos entre paciente e terapeuta, citados no relato do caso, diálogos que explicitam situações agradáveis/boas, associadas a situações desagradáveis/ruins, é levantada a hipótese de que Mônica faz tentativas de lutar e lidar com essas situações, mas, não consegue êxito, encontrando nas associações uma saída, em que vivencia sentimento de perda e luto, de desesperança, podendo ser assim caracterizado o seu sofrimento. Essa correlação também se faz a partir de considerações da obra de Barus-Michel no que se refere ao sofrimento e à capacidade da pessoa suportar o sofrimento, o que depende da força de seu ego.

Utilizando o referencial teórico sobre o desenvolvimento afetivo de Winnicott verifica-se que ocorreram falhas no processo de desenvolvimento desta pré-adolescente. Pelos dados históricos e a vivência atual, pode-se dizer que o ambiente de Mônica não foi acolhedor, considerando-se o sério prejuízo em seu desenvolvimento. Frequentemente Mônica verbaliza situações boas, sempre seguida de falas que denotam sofrimento, o que sugere uma dificuldade em se perceber e se colocar no mundo.

O relato desse caso clínico ilustra as consequências no desenvolvimento de crianças vítimas de violência doméstica, o comprometimento da formação de sua identidade, nesse caso observado, sendo consequências da negligência, e de uma possível violência física e/ou sexual. Ilustra também o resultado do acolhimento e da continência feita pela terapeuta, percebido quando Mônica consegue trazer sentimentos em sua fala; nota-se que o processo terapêutico vem proporcionando possibilidades de uma sustentação para o seu desenvolvimento, mesmo com o sofrimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho teve como objetivo relacionar alguns conceitos teóricos sobre violência doméstica e sofrimento psíquico, através de um relato de caso clínico de uma pré-adolescente institucionalizada em atendimento psicoterápico. Ressalta-se a importância do recurso terapêutico que tenha a função de rearticular o equilíbrio psíquico da criança e/ou adolescente vitimizado.

A psicoterapia vem representando uma oportunidade de retomada do crescimento e da confiança. Esses aspectos vêm sendo trabalhados, de forma que Mônica possa desenvolver mais o cuidado consigo mesma, a independência, o desenvolvimento da criatividade, possibilitando a integridade e continuidade de sua identidade de modo a ressignificar sentimentos de esperança.

Pontua-se nesse trabalho o quão importante é estar atento e aberto as situações únicas e próprias de cada relacionamento, quando se está diante de uma pessoa em sofrimento. O fato de Mônica frequentemente fazer associações de situações boas com situações difíceis, sugere que ela ainda não está emocionalmente preparada para lembrar, nem falar sobre experiências que a afetaram de modo significativo.

Apesar, desses relatos, que mostram a dificuldade de Mônica em reelaborar e ressignificar sentimentos, percebe-se ganhos que o trabalho psicoterápico lhe vem proporcionando, destacando-se o papel da continência que está sendo possibilitado no setting terapêutico, observa-se que a paciente está conseguindo articular a fala com seus desejos; demonstra segurança em suas ações, e em expor suas opiniões; interage com a terapeuta estabelecendo uma relação de confiança. Estas observações indicam que Mônica está em processo de continuidade de sua identidade de modo favorável, identidade entendida aqui como a condição de ser por si mesma.

REFERENCIAS

Azevedo, M.A.; Guerra, V.N.A. Infância e Violência Fatal em Família. São Paulo: Iglu, 1998.

Pinto Junior, A.A. Violência Sexual Doméstica contra Meninos: um estudo fenomenológico. São Paulo: Vetor, 2005.

Adorno, S. Violência e Educação. São Paulo, 1988.

Azevedo, M.A.; Guerra, V.N.A. Infância e Violência Doméstica – Modulo 1/B. São Paulo: LACRI, IPUSP, 1998a.

Tardivo, L.S.L.P.C. (2015) –Cuidado e Prevenção em Saúde Mental: Propostas e Pesquisas - Apresentação, (Tardivo, LSLPC, Organizadora) Anais da XIII Jornada APOIAR: Cuidado

e Prevenção em Saúde Mental: Propostas e pesquisas, Instituto de Psicologia da USP, 2015 (p. 18-22).

Laplanche, J; Pontalis, J.B. Vocabulário de Psicanálise – Laplanche e Pontalis. São Paulo: Editora Martins Fontes, 1995

Erikson, E.H. Identidade, juventude e crise. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

Winnicott, D.W. (1967). O Conceito de Indivíduo Saudável. In.: D.W. Winnicott, *Tudo Começa em Casa*. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

Winnicott, D.W. (1971). O Brincar & a Realidade. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1975.

Ferreira, A. M.; Ferreira, I. B. M.; Maaz, M.H. B.; Tschirner, S. A presença de Winnicott no viver criativo - Diversidade e Interlocução. Editora ZY, 2009.

Safra, G. (2005) Revisitando Piggie. Um Caso de Psicanálise Segundo a Demanda. Série: A Prática Clínica de Winnicott. Editora Sobornost, 2005.

Barus-Michel, J. Sofrimento, trajetos, recursos, dimensões psicossociais do sofrimento humano. In: Aiello-Vaisberg, T. (org.). Trajetos do Sofrimento: rupturas e (re)criações de sentido. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2003.

Tardivo, L.S.L.P.C. (2007) Adolescente e Sofrimento Emocional nos Dias de Hoje. São Paulo: Vetor, 2007.

Turato, E.R. (2008) Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada da saúde e humanas 3ª Ed. Petrópolis, Vozes

A CRIANÇA E O CÂNCER: EXPRESSÕES EMOCIONAIS A PARTIR DO TESTE DO DESENHO DA PESSOA NA CHUVA

Aline Closel Carvalho⁶

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo⁷

RESUMO

Apesar dos avanços médicos, o câncer ainda é sinônimo de morte, o que acarreta dificuldades no enfrentamento da doença em suas diferentes fases, que começam a partir do momento do diagnóstico. Propõe-se um estudo aprofundado sobre as formas que a criança com câncer lida e enfrenta a doença, bem como expressões emocionais envolvidas no processo de adoecimento. A coleta de dados foi realizada em duas instituições de apoio à criança com câncer e ambulatório hospitalar e em escola pública do Estado de São Paulo. Serão avaliadas, 08 crianças, dentre elas sendo 04 crianças da população escolar para o grupo controle e 04 crianças do grupo clínico com diagnóstico de câncer, com idades entre 8 e 11 anos, de ambos os sexos. Foi realizada uma entrevista individual com cada criança, em que foi aplicado o Desenho da pessoa na chuva. Utilizou-se o Método Quantitativo e Qualitativo para análise dos resultados, sendo que se fará uma comparação entre o grupo clínico e o grupo controle. Parte-se da hipótese de que o adoecimento por doença grave na infância acarrete prejuízos no desenvolvimento psicológico destas crianças. São apresentados resultados preliminares, onde se observaram expressões das dificuldades enfrentadas pelas crianças em seu processo de adoecimento e tratamento.

Palavras-chave: Câncer Infantil; Psico-Oncologia; Técnicas Projetivas; Teste da Pessoa na Chuva.

⁶ Psicóloga, estudante de mestrado - - membro do APOIAR –PSC - IPUSP

⁷ Professora Associada, Departamento de Psicologia Clínica – Coordenadora do APOIAR do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

INTRODUÇÃO:

As primeiras referências históricas sobre o câncer têm sido relatadas desde o início dos tempos. A presença de fósseis que datam de 8.000 a.C. e descrições de tumores encontradas em papiros do Egito há mais de 1.600 a.C. demonstram a existência do câncer desde os tempos mais remotos da humanidade. Sendo que os registros mais antigos sobre a doença foram atribuídos a Hipócrates, que em 500 a. C., foi o primeiro a descrever a palavra “carcinoma” e a mencionar o câncer como uma doença de mau prognóstico. O câncer não é uma doença nova, sempre existiu na humanidade. Hipócrates propunha uma Medicina na qual o homem fosse visto em sua totalidade, onde o corpo e a mente funcionassem harmonicamente, proporcionando assim bem-estar e saúde. O termo câncer foi utilizado pela primeira vez na Grécia Antiga, para denominar ferimentos penetrados profundamente na pele e que se assemelhavam a caranguejos, que significa “Karkinos” do grego e “câncer” em latim (Cunha, 2007; Campos, 2010).

O câncer é o nome dado a enfermidades em que ocorre a multiplicação de células anormais de forma descontrolada, podendo aparecer em qualquer local do organismo, invadir tecidos vizinhos e se disseminar através da corrente sanguínea e do sistema linfático para outras partes do corpo- metástase (Barros, 2009).

O câncer pediátrico é classificado, conforme recomendação do INCA- Instituto Nacional do Câncer (2003), como aquele que ocorre nas idades de 0 a 19 anos (Reis et al., 2006). A terceira e última revisão da Classificação Internacional do Câncer na Infância (CICI-3) classifica os tumores, de acordo com o CID-O3 (Classificação Internacional de Doenças em Oncologia- 3ª edição), em 12 grupos principais que se subdividem em 47 subgrupos, levando-se em conta os locais primários de origem do câncer. Os 12 grupos são: 1) Leucemias, doença mieloproliferativa e doenças mielodisplásicas; 2) Linfomas e neoplasias do sistema reticuloendotelial; 3) Tumores do sistema nervoso central e miscelânea dos tumores intracranianos e intra-espinais; 4) Neuroblastoma e tumores de células nervosas periféricas; 5) Retinoblastoma; 6) Tumores renais; 7) Tumores hepáticos; 8) Tumores ósseos malignos; 9) Sarcomas de partes moles e estra ósseos; 10) Tumores de células germinativas, tumores trofoblásticos e neoplasias de gônadas; 11) Outras neoplasias

malignas epiteliais e melanoma maligno; 12) Outras neoplasias malignas não especificadas (tumores raros e de locais primários desconhecidos). Totalizando mais de 200 tipos de cânceres. (INCA, 2009).

Quanto aos tratamentos oncológicos disponíveis atualmente, há cinco tipos de tratamentos convencionais, variando de acordo com cada caso: a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia, a imunoterapia e o transplante de medula óssea (Lanza, 2008).

De um modo geral, o tratamento do câncer é um tratamento doloroso e com efeitos colaterais fortes. Além dos efeitos físicos, o tratamento tem, também, efeitos psicológicos sobre os pacientes, que vão desde mudanças da imagem- tais como queda de cabelo, anorexia, mutilações, entre outros-, mudanças na rotina de vida- devido às constantes idas aos hospitais para a realização do tratamento- e o surgimento de respostas emocionais- tais como estresse, angústia, medo, etc. (Löhr, 1998).

Embora a prevalência de câncer na infância seja menos comum que em adultos, sendo considerada uma doença rara, o câncer infanto-juvenil (crianças e adolescentes entre 0 e 19 anos) corresponde entre 1% e 3% de todos os tumores malignos na maioria das populações. Como o Brasil ainda é um país que possui população jovem, as informações do último censo (Censo demográfico 2010) mostram que cerca de 30% da população brasileira encontra-se abaixo dos 19 anos. Em alguns países em desenvolvimento, em que a população de crianças chega a 50%, como é o caso Brasil, a proporção de câncer infantil representa de 3% a 10% do total de neoplasias na população. Sendo estimados, para 2014, cerca de 11.840 novos casos de câncer em crianças e adolescentes até 19 anos no Brasil.

Ainda no Brasil, em 2011, ocorreram 2.812 falecimentos por câncer em crianças e adolescentes (de 0 a 19 anos). Sendo que em 2011 as neoplasias ocupavam a segunda posição (7%) de óbitos de crianças e adolescentes (de 1 a 19 anos), perdendo somente para óbitos por causas externas. Assim como nos países desenvolvidos, o câncer representa a segunda causa de mortalidade entre crianças de 0 a 19 anos. Sendo a primeira causa relacionada aos acidentes e à violência (causas externas), o câncer, desse modo, se torna a primeira causa de mortes por doenças (Löhr, 1998; Lanza, 2008; INCA, 2008; INCA 2014). A taxa de incidência do câncer infantil tem crescido cerca de 1% ao ano (Rodrigues & Camargo, 2003).

A sobrevida de pacientes com câncer na infância no Brasil está atingindo taxas semelhantes aos países desenvolvidos. Aproximadamente 70% a 80% dos cânceres pediátricos podem ter cura, desde que sejam diagnosticados precocemente e que tenham um tratamento adequado. Nos últimos anos tem-se observado uma melhora da sobrevida para todos os tipos de tumores com a formação de equipes multidisciplinares e grupos cooperativos no Brasil (Ortiz, 2003; Rodrigues & Camargo, 2003; Melo, 2006; INCA, 2008).

Infelizmente, por ser uma doença incomum na infância, ocorre dificuldade no seu diagnóstico. Quanto mais tardio o diagnóstico, a doença se encontrará em estágios mais avançados, logo menores serão as chances de cura e maiores as sequelas decorrentes de tratamentos mais agressivos (Camargo & Lopes, 2000; Lanza, 2008; Rodrigues & Camargo, 2003). Assim, o câncer se torna, pela dificuldade do diagnóstico precoce, pela alta mortalidade e pelos altos custos despendidos com o tratamento, uma questão de saúde pública (INCA, 2008).

O câncer possui diversas causas, internas- causas geneticamente pré-determinadas- e externas- influências do meio ambiente e dos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural-, influenciando o organismo de forma inter-relacionada. Porém, no caso do câncer infantil, os fatores ambientais não são tão considerados, uma vez que a criança costuma não sofrer demasiada exposição a eles (INCA, 2008; Lanza, 2008; Barros, 2009). A maioria das neoplasias infantis é originada em blastomas derivados do tecido embrionário, de onde se originam os diferentes órgãos, aparelhos e sistemas componentes do corpo humano (Löhr, 1998; INCA, 2008). De modo que a maioria dos casos de câncer infantil tem relação com fatores constitucionais do indivíduo, ou seja, estão associados a marcadores genéticos da doença já presentes ao nascimento, é por isso que pensar em comportamentos de prevenção do câncer infantil, como mudanças de hábitos, só servem para a vida futura dessas crianças e não como forma de prevenir o aparecimento do câncer, como pode ser realizado com adultos (Löhr, 1998; INCA, 2008).

Desse modo, o câncer infantil não deve ser considerado como “câncer de adulto em miniatura”, uma vez que possui características próprias e tratamento específico, diferente do realizado em adultos (Löhr, 1998). O câncer infanto-juvenil deve ser estudado separadamente do câncer em adultos pelo fato de apresentar diferenças nos locais primários de origem, diferentes origens histológicas e por acarretar diferentes comportamentos clínicos. Apresentando menores períodos de latência, crescendo

rapidamente e tornando-se bastante invasivo; porém, responde melhor ao tratamento quimioterápico (INCA, 2008; INCA, 2014).

Com relação à postura da criança frente ao câncer, é difícil para a mesma entender o adoecer como um processo natural da vida. Ela precisa de uma explicação para a doença e para o tratamento tão doloroso a que é submetida. Sendo comum o surgimento de sentimento de culpa na criança, que sente como se tivesse feito algo de errado e estivesse sendo punida (Perina, 1992). As crianças apresentam duas características a seu favor no processo de cura, que as diferenciam dos adultos: ausência de preconceitos e uma visão otimista frente à vida. Diferentemente do adulto, raramente para a criança o câncer é sinônimo de morte. A criança não possui a carga de crenças culturalmente pessimistas tão comuns nos adultos. (Simonton & Shook, 1990). Apesar dessas características a favor no processo de cura, não se deve desconsiderar a dor psíquica e emocional enfrentada durante estas crianças no processo de adoecimento.

O trabalho psicanalítico demonstra que as crianças percebem fatos que lhe são ocultados, e, embora possam não expressá-los verbalmente, os seus conhecimentos acabam aparecendo em jogos, desenhos ou outras formas de expressão. (Kovács, 1992). As crianças adoecidas vão, gradualmente, de acordo com os estágios da doença, tomando consciência, assimilando, integrando e sintetizando as informações. Todo esse processo de elaboração e enfrentamento da doença depende da experiência da criança com a doença e não da idade. De modo que as crianças adoecidas podem enfrentar as mesmas fases que os adultos demonstram diante do luto, descritas por Kübler-Ross, sendo elas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. (Perina, 1992).

Até pouco tempo, décadas de 50 e 60, o câncer na infância era considerado uma doença aguda de evolução fatal. Porém, atualmente, é visto como uma doença crônica e com grande perspectiva de cura em determinados casos (Cunha, 2007; Lanza, 2008). Embora o câncer constitua-se tipicamente como uma doença de adultos e idosos, observa-se uma crescente preocupação com sua incidência e com a necessidade de se proporcionar atendimento médico e psicológico especializado às crianças e adolescentes que se submetem a tratamentos oncológicos (Melo, 2006).

Parte-se da hipótese de que o acometimento por doença grave na infância, devido ao seu aspecto possivelmente traumático, acarrete transtornos de desenvolvimento psicológico nestas crianças. De modo que o estudo será de importância tanto para a área de Psico-Oncologia pediátrica quanto para a área da Psicologia Clínica com crianças, uma vez que se propõe a pensar no desenvolvimento emocional e psíquico de crianças que estão passando por momentos difíceis e traumáticos. O estudo teve como objetivo, verificar, através das produções gráficas, os possíveis impactos do processo de adoecimento e tratamento, bem como possíveis alterações no desenvolvimento psicológico presentes na criança com câncer.

MÉTODO

a) Tipo de Pesquisa:

Pesquisa de Campo, exploratória, descritiva e prospectiva transversal. Abordagem de avaliação dos resultados: Método Quantitativo e Qualitativo.

b) Participantes:

Foram avaliadas, individualmente, 08 crianças do sexo feminino, sendo 04 com diagnóstico de câncer, e, para o grupo controle, pareada quanto à idade e sexo, foram entrevistadas 04 crianças sem diagnóstico de qualquer doença orgânica.

Critérios de Inclusão:

- A criança com câncer avaliada deve ter o diagnóstico médico e que ainda estejam realizando o tratamento, ou tenham interrompido o tratamento há no máximo 6 meses;

Critérios de Exclusão:

- a criança que se apresentar extremamente debilitada, devido ao tratamento, mostrando-se incapaz de desenhar.

- criança do grupo controle/ saudável que apresente qualquer doença orgânica grave.

c) Local:

Os locais de realização da pesquisa foram um ambulatório de um hospital especializado no tratamento de crianças com câncer e uma instituição escolar pública do Estado de São Paulo. A instituição Proponente foi a Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia.

d) Instrumentos:

Desenho da Pessoa na Chuva:

A origem do teste da Pessoa na Chuva é incerta e a sua autoria imprecisa. Pode ter relação com técnica gráfica elaborada e utilizada em 1924 por M. Fay, na qual solicitava a representação de uma mulher que passeia na chuva, mediante a seguinte instrução: “Desenhe uma mulher que passeia pela rua, chove”. (Querol e Paz (1997, p.15). É uma técnica simples, que pode ser administrada individual ou coletivamente em crianças, adolescentes e adultos de ambos os sexos. De acordo com as autoras (idem), a interpretação do Teste da Pessoa na Chuva baseia-se nos mesmos princípios de interpretação da Figura Humana de Machover em relação aos elementos expressivos (dimensão, localização, traços, pressão, tempo e sequência de execução, movimento, sombreado) e ao conteúdo (posição da figura humana, postura, borraduras, linhas, detalhes acessórios e sua localização, vestimenta, guarda-chuva ou substitutos, partes do corpo humano e identidade sexual). Chuva e guarda-chuva são, portanto, os elementos adicionais no desenho da figura humana: a chuva simboliza uma situação de tensão ou de hostilidade do meio, contra a qual o indivíduo precisa se proteger, e o guarda-chuva os recursos defensivos do indivíduo. A Pessoa na Chuva “agrega uma situação de estresse na qual o indivíduo não consegue manter sua fachada habitual, sentindo-se forçado a recorrer a defesas antes latentes”. Na interpretação do teste, quanto mais abundante a chuva, maior a intensidade da pressão sentida pelo indivíduo; já a ausência de chuva pode indicar oposicionismo ou ainda a tendência à negação de conflitos (Querol & Paz, 1997). O teste da Pessoa na Chuva é uma técnica projetiva gráfica pouco difundida no Brasil ⁸, desconhecida por grande parte dos psicólogos brasileiros, mas é utilizada na Argentina desde 1980 por educadores, psicólogos clínicos e até mesmo por profissionais de recursos humanos como recurso complementar (Querol & Paz, 1997; Moro, Lema & Longo, 2003).

e) Procedimentos:

⁸ Esta sendo realizado o estudo de adaptação e validação da técnica em nosso meio por Tardivo, tendo sido realizado estudo aprovado pelo CNPq e ampliado para diversos grupos clínicos. (Proc CNPq 400867/2010-9)

Após serem convidados a participarem e o preenchimento do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) pelo familiar e TALE (Termo de Assentimento Livre e Esclarecido) pela criança, foram entregues quatro folhas sulfite em branco A4, lápis preto nº2 e borracha. Foi pedido o desenho para cada criança com a seguinte instrução: “Desenho uma pessoa na chuva”. Foi perguntado a idade e sexo da figura humana desenhada. Sendo que o entrevistador realizou as anotações de suas observações, também foram realizadas, quando necessário, perguntas pertinentes para maiores esclarecimentos acerca dos desenhos.

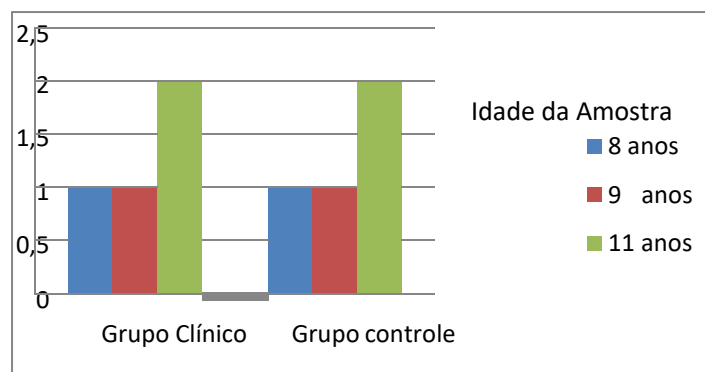
f) Análise dos Resultados:

Os resultados foram analisados utilizando-se o método Quantitativo e Qualitativo.

O Desenho da Pessoa na Chuva será analisado utilizando os mesmos critérios que proposto por Querol & Paz (1997) Tardivo, (2013) e ao conteúdo (posição da figura humana, postura, borraduras, linhas, detalhes acessórios e sua localização, vestimenta, guarda-chuva ou substitutos, partes do corpo humano e identidade sexual). Para a análise serão criadas folhas de avaliação, onde os critérios de presença (1) e ausência (0), com os critérios de avaliação do teste do Desenho Da Pessoa Na Chuva, sendo os Recursos formais –e de Conteúdo para o desenho da Figura Humana e os detalhes da chuva 0- Será o mesmo empregado por Tardivo . **RESULTADOS**

4.1. Tabela quanto à distribuição de idade na amostra

Para o grupo clínico, foram entrevistadas 04 crianças do sexo feminino, com as respectivas idades: uma de 08 anos, uma de 09 anos e duas de 11 anos. Para o grupo controle, amostra pareada quanto à idade e sexo, foram entrevistadas também 04 crianças do sexo feminino, com as respectivas idades: uma de 08 anos, uma de 09 anos, duas de 11 anos.



Tamanho da Figura desenhada e Localização do desenho na folha

Três crianças do grupo clínico apresentaram o tamanho pequeno da figura desenhada e uma apresentou o tamanho médio. Já no grupo controle, uma apresentou o tamanho pequeno e três o tamanho médio. Quanto à localização da figura desenhada na folha, no grupo clínico: três crianças desenharam na “metade inferior” da folha e uma criança na localização “inferior direita”, ou seja, as quatro crianças tiveram uma predisposição a desenhar na localização inferior da folha. Já no grupo controle, duas crianças desenharam na localização “metade inferior” e duas na região “central” da folha.

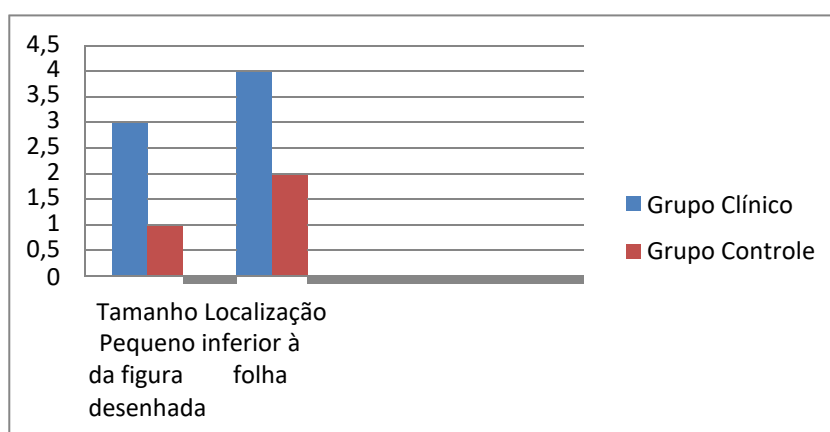


Tabela quanto à presença de chuva nos desenhos, presença de guarda-chuva e presença de nuvens.

No grupo clínico, quatro crianças apresentaram presença de chuva em seus desenhos. Já no grupo controle, duas crianças apresentaram presença de chuva e duas apresentaram ausência de chuva. No grupo clínico, uma criança apresentou presença de guarda-chuva no desenho, enquanto três crianças apresentaram ausência de guarda-chuva. Já no grupo controle, as quatro crianças apresentaram presença de guarda-chuvas. No grupo clínico, duas crianças apresentaram a presença de nuvens no desenho e duas crianças apresentaram ausência de nuvens. Enquanto que no grupo controle, as quatro crianças apresentaram ausência de nuvens nos desenhos.

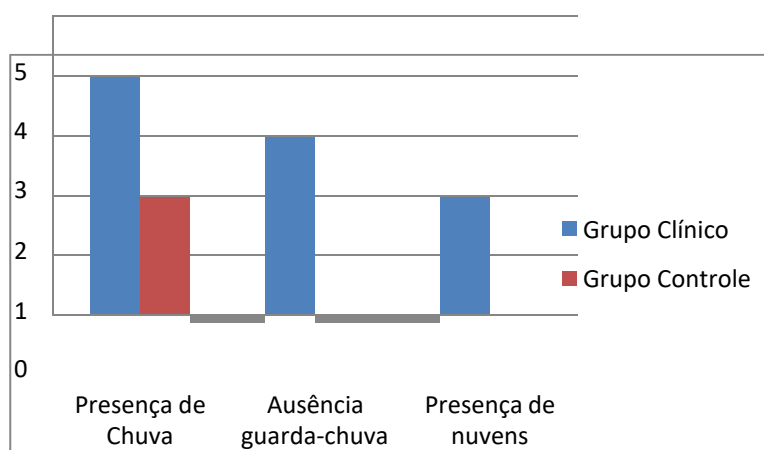
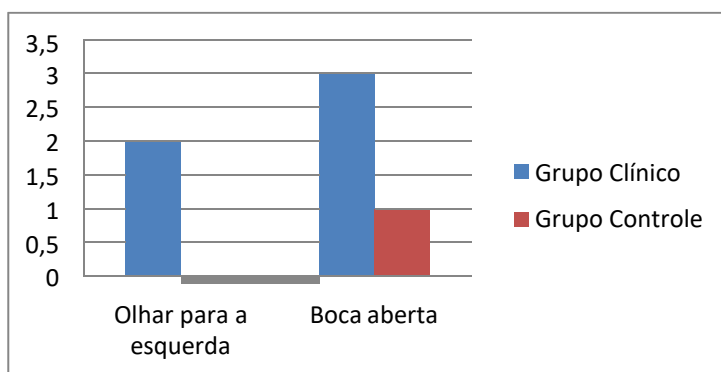


Tabela quanto à presença de rosto em perfil para a esquerda nos desenhos e presença de boca aberta.

No grupo clínico, duas crianças apresentaram rosto em perfil, com o olhar para o lado esquerdo da folha, sendo que duas apresentaram ausência do rosto em perfil, ou seja, o olhar direcionado para frente. Já no grupo controle, apenas uma criança apresentou rosto em perfil, com olhar direcionado para o canto direito da folha, sendo que três apresentaram ausência de rosto em perfil, ou seja, olhar direcionado para frente. No grupo clínico, três crianças desenharam boca aberta e uma boca fechada em arco. Já no grupo controle, as quatro crianças apresentaram boca fechada em arco.

Tabela



idade das figuras humanas desenhadas

No grupo clínico, as crianças referiram idades mais próximas às suas para as figuras humanas desenhadas que o grupo controle. No grupo clínico, duas figuras humanas desenhadas apresentaram idade de 09 anos, uma apresentou 08 anos e uma 11 anos. No grupo controle, uma apresentou idade de 10 anos, uma 11 anos, uma 14 anos e uma 30 anos. Desse modo as figuras humanas desenhadas no grupo clínico, apresentaram idade média de $9,25 \pm 1,26$ ano, variando entre 08 anos e 11 anos, sendo o erro padrão de 0,63. Já as figuras desenhadas no grupo controle apresentaram idade média de $16,25 \pm 9,32$ ano, variando entre 10 e 30 anos, sendo o erro padrão de 4,66.

	GRUPO CLÍNICO	GRUPO CONTROLE
Idade(ano)	Idade (ano)	Idade (ano)
M	9,25	16,25
DP	1,26	9,32
EPM	0,63	4,66
MAX	11	30
MIN	08	08
N	04	04

DISCUSSÃO

Verificou-se que o grupo clínico apresentou tendência ao desenho de tamanho pequeno em relação à folha, ao contrário do grupo controle, que apresentou tendência ao desenho de tamanho médio. No grupo clínico, três crianças apresentaram desenho de tamanho pequeno e uma de tamanho médio, no grupo controle, uma criança apresentou desenho de tamanho pequeno e três de tamanho médio. De acordo com Van Kolck (1981, 1984), desenhos de tamanho pequeno em relação à folha significam sentimento de inferioridade, inibição, constrição e depressão, comportamento dependente e ansioso.

Observou-se a tendência nas crianças do grupo clínico em relação as do grupo controle, na preferência em desenhar no canto inferior da folha, as quatro crianças entrevistadas desenharam na margem inferior, já no grupo controle a escolha foi mais diversificada, duas crianças desenharam na margem inferior da folha e duas desenharam na parte central da folha. A preferência no desenho pela margem inferior, pode significar, de acordo com Van Kolck (1981, 1984), materialismo, fixação à terra e ao inconsciente, orientação para o concreto, insegurança e inadequação, com depressão.

De acordo com Querol & Paz (1997), quanto mais abundante a chuva, maior a intensidade da pressão sentida pelo indivíduo. No grupo clínico, todas as quatro crianças apresentaram a presença de chuva nos desenhos; já no grupo controle, metade das crianças apresentaram a presença de chuva (duas crianças) e metade ausência de chuva (02 crianças). Ou seja, houve uma prevalência de presença de chuva nos desenhos das crianças do grupo clínico, podendo significar maior intensidade da pressão ambiental sentida nessas crianças.

Quanto à presença ou ausência de guarda-chuva nos desenhos, verificou-se no grupo clínico, tendência à ausência de guarda-chuva, 03 crianças apresentaram ausência de guarda-chuva nos desenhos e uma criança apresentou presença de guarda-chuva; já no grupo controle, as quatro crianças apresentaram presença de guarda-chuva nos desenhos. Segundo Querol & Paz (1997), a ausência de guarda-chuva no Teste da Pessoa na Chuva é interpretada como “falta de defesas”, apontando para uma fragilidade ou impossibilidade do indivíduo para empregar recursos defensivos que possam protegê-lo das tensões ambientais.

Desse modo, resumindo, além das crianças do grupo clínico demonstrarem sentirem maior pressão do ambiente, ainda apresentaram maior dificuldade em empregar recursos defensivos, demonstrando sentimento fragilidade e de desproteção.

A presença de nuvens, segundo Querol & Paz (1997), significam pressão, ameaça, tendências auto-agressivas ou doenças psicossomáticas (nuvens espessas). Verificou-se maior prevalência à desenhos com nuvens nas crianças do grupo clínico comparado ao grupo controle. No grupo clínico, duas crianças apresentaram presença de nuvens e duas ausência de nuvens; enquanto que no grupo controle, todas as quatro crianças apresentaram ausência de nuvens.

Quanto à presença de rosto em perfil, apareceu tendência no grupo clínico de desenhos com a figura humana com olhar para a esquerda (canto inferior esquerdo da folha)- 02 crianças com olhar para a esquerda e um para a frente-; já no grupo controle, uma criança apresentou olhas para a direita e três com olhar direcionado para frente. Olhar para a esquerda pode significar um olhar para o passado, para experiências passadas. Podendo ter o mesmo significado de quando desenho é realizado no canto inferior esquerdo da folha, que de acordo com Van Kolck (1984), desenhos localizados no canto inferior esquerdo podem significar conflitos, egoísmo, regressão, fixação em estágio primitivo.

A boca nos desenhos de figuras humanas, dizem respeito à oralidade. De acordo com Van Kolck (1984), bocas em forma “côncava e oralmente receptiva”, tipo que teve prevalência nos desenhos das crianças do grupo clínico, em que três crianças desenharam com esse formato e uma com formato em arco de cupido pode significar passividade e dependência. Já no grupo controle, houve prevalência no formato fechado e côncavo, em que as quatro crianças desenharam na forma fechada e côncava.

Quanto à idade da figura desenhada, as crianças do grupo clínico desenharam figuras com idades mais próximas à real idade do que as do grupo controle, que apresentaram idades mais velhas para as figuras desenhadas. No grupo clínico, as figuras humanas apresentaram idade média de $9,25 \pm 1,26$ ano, variando entre 08 anos e 11 anos, sendo o erro padrão de 0,63. Já as figuras desenhadas no grupo controle apresentaram idade média de $16,25 \pm 9,32$ ano, variando entre 10 e 30 anos, sendo o erro padrão de 4,66. Ou seja, demonstrando ausência de perspectiva quanto ao futuro no grupo clínico.

CONCLUSÕES

Resumidamente, as crianças do grupo clínico demonstraram sentirem maior pressão do ambiente, representada pela presença de chuva, ainda apresentaram maior dificuldade em empregar recursos defensivos, demonstrando sentimento fragilidade e de desproteção, representado pela falta de guarda-chuva nos desenhos. Além disso, a tendência ao desenho pequeno em relação à folha no grupo clínico, o que significa, de acordo com Van Kolck (1981, 1984), sentimento de inferioridade, inibição, constrição e depressão, comportamento dependente e ansioso. No grupo clínico também se observou prevalência ao desenho localizado na margem inferior, o pode significar, de acordo com Van Kolck (1981, 1984), materialismo, fixação à terra e ao inconsciente, orientação para o concreto, insegurança e inadequação, com depressão. Quanto à presença de rosto em perfil, apareceu tendência no grupo clínico de desenhos com a figura humana com olhar para a esquerda (canto inferior esquerdo da folha), podendo ter o mesmo significado de quando o desenho é realizado no canto inferior esquerdo da folha, que de acordo com Van Kolck (1984), podem significar conflitos, egoísmo, regressão, fixação em estágio primitivo.

A boca nos desenhos de figuras humanas, dizem respeito à oralidade. No grupo clínico observou-se maior prevalência de bocas em forma “côncava e oralmente receptiva”, o que segundo Van Kolck (1984), pode significar passividade e dependência. Ou podem representar uma regressão à fase oral, ou seja, necessidade de nutrição, uma vez que a oralidade e a nutrição/ amamentação representam o primeiro tipo de relação com a figura materna.

Quanto à idade da figura desenhada, as crianças do grupo clínico desenharam figuras com idades mais próximas à real idade do que as do grupo controle, mostrando-se mais realistas.

Conclui-se que, a partir de observações dos dados coletados, o impacto de ter vivenciado uma doença grave e as consequências de um tratamento tão agressivo. Pois, observou-se a partir dos dados coletados, maior prevalência de sentimentos depressivos, conflitos, regressão, fixação à estágio primitivo, passividade, dependência, maior sentimento de fragilidade e ausência de defesas adequadas no grupo clínico comparado ao grupo controle. Além disso, as crianças do grupo clínico, apresentaram falta de perspectiva quanto ao futuro, uma vez, que as idades de suas figuras desenhadas eram mais próximas à idade real, enquanto que o grupo controle apresentou idades mais velhas para as figuras desenhadas.

REFERÊNCIAS

- Barros, M.A. (2009). Câncer Infantil: Fé e enfrentamento de mães. (Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2009).
- Camargo, B. de, Lopes, L.F. & Bianchi, A. (2000, July/Sept.). Os efeitos tardios do tratamento do câncer infantil. [*Revista da Associação Médica Brasileira*](#), 46 (3). Print version **ISSN0104-4230**. On-line version ISSN 1806-9282.
- Campos, E.M.P. (2010). *A Psico-Oncologia: Uma Nova Visão do Câncer- Uma Trajetória*. (Dissertação de Livre-Docência, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 2010).
- Cunha, C.M. (2007). Avaliação transversal da qualidade de vida de cuidadores de crianças e adolescentes com câncer por meio de um instrumento genérico “36 Item Short Form Health Survey Questionnaire” (SF-36). (Dissertação de Mestrado, Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, 2007)
- INCA. (2009). Classificação Internacional do Câncer na Infância- Terceira Edição.
- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). (2008). Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. *Câncer da Criança e Adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade*./ Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA.
- INCA- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (2014). “Síntese de Comentários e Resultados” In: *Estimativa/ 2014: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA.
- Kovács, M.J. (1992). *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kübler-Ross, E. (2005). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lanza, L. de F. (2008). Ser-criança-com-câncer em etapa final de tratamento – sua visão de futuro. (Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 2008).
- Löhr, S.S. (1998). *Crianças Com Câncer: Discutindo a Intervenção Psicológica*. (Dissertação de Doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1998).
- Melo, C.S.C. de A. (2006). *Perfil e preocupações de adolescentes em tratamento de câncer atendidos em unidades pediátricas*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, 2006).
- Perina, E.M. (1992). *Estudo Clínico das Relações Interpessoais da Criança com Câncer nas fases finais*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 1992).

- Querol, S.M. & Paz, M.I. (1997). *Adaptación y Aplicación del Test de La Persona Bajo La Lluvia*. Buenos Aires: JVE/Psiqué.
- Reis, R. de S. et al. (2006). Incidência de tumores pediátricos no Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2006; 53(1): 5-15.
- Rodrigues, K.E.; Camargo, E. de. (2003). "Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil: Responsabilidade de Todos". Trabalho realizado no Hospital do Câncer de São Paulo, SP. *Rev. Assoc. Med. Bras*, 2003; 49 (1): 29-34.
- Simonton, S.M.; Shook, R.L. (1990). Quando o Paciente é uma Criança. In: *A Família e a Cura: O Método Simonton para Famílias que enfrentam uma Doença* (pp.172-181). São Paulo: Summus.

Tardivo, Leila S.C. (1985) - *Normas para avaliação do Procedimento de Desenhos-Estórias numa amostra de crianças paulistas de 5 a 8 anos de idade [Standards for the Assessment of the Drawing-and-Story Procedure in a Sample of 5 to 8 Year-Old Children from the City of São Paulo]*. Dissertação de Mestrado. São Paulo (SP), Instituto de Psicologia da USP, 208 pp.

Tardivo, L. S. L. P. C. ; O Inventário de Frases na Identificação da Violência Doméstica e o Teste do Desenho da Pessoa na Chuva em São Paulo. In: *VI Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica/ IX Congreso Iberoamericano de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2013, Maceió. *Anais do VI Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica & IX Congreso Iberoamericano de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 2013. v. 1.

- Van Kolck. O. L. (1984). *Testes Projetivos Gráficos no Diagnóstico Psicológico*. São Paulo: E.P.U.

DESENHOS TEMÁTICOS EM ADOLESCENTES DE SÃO PAULO: CONCEPÇÕES SOBRE ADOLESCÊNCIA

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo ⁹

Malka Alhanat ¹⁰;

Alzira Ciampolini¹¹

Albertina Duarte Takiuti¹²

RESUMO

Esse artigo se baseia numa investigação realizada na cidade de São Paulo, com o Procedimento de Desenhos Temáticos (DE-T), que foi proposto como uma extensão do Procedimento de Desenhos Estórias de Trinca. A investigação visou conhecer as concepções sobre ser jovem em São Paulo nos dias de hoje. Participaram da investigação 42 jovens com idades entre 14 e 18 anos de ambos os sexos, que vivem em São Paulo, sendo muitos provenientes de bairros com elevando grau de vulnerabilidade. A instrução dada foi: Desenhem “Um jovem em São Paulo nos dias de hoje”; e foi solicitado que escrevessem associações no verso da folha; em grupos. Observou-se o predomínio de temas relacionados à violência urbana, marginalidade, drogas tanto no presente como no estudo anterior; denotando falta de perspectivas em relação ao futuro. São presentes sinais de ambivalência e crises existenciais típicas da adolescência. E, alguns há sinais de perspectivas e esperanças. As discussões realizadas após os grupos refletem conhecimento dos problemas enfrentados por adolescentes em sua cidade na atualidade. Concluiu-se que o DE-T foi muito útil para trazer tais temas para a discussão, e se mostrou relevante para o conhecimento e compreensão da temática da adolescência, considerando-se que o conhecimento obtido é importante para embasar programas de prevenção.

Palavras chaves: Adolescência, Desenhos Temáticos, trabalho em grupo

⁹ Professora Associada, Departamento de Psicologia Clínica – Coordenadora do APOIAR do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

¹⁰ Psicóloga membro do Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social - APOIAR

¹¹ Psicóloga do Programa do Adolescente da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo

¹² Médica - Coordenadora do Programa do Adolescente da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE ADOLESCÊNCIA

A fase da adolescência só pode ser compreendida se considerarmos ao mesmo tempo os fatores psicológicos e os sociológicos envolvidos, além dos biológicos, é uma constatação geral (Tardivo, 2007). A relação entre a personalidade e a socialização é essencial em qualquer estudo ou reflexão sobre o ser humano e sua conduta, como no presente projeto onde se pretende estudar o conceito e identidade na adolescência. E considera-se que a conduta humana ocorre nos três campos (mente, corpo e ambiente), no modelo proposto por Pichon Riviere e apresentado por Bleger (1975).

Nessa discussão (Tardivo, 2007) foram retomadas concepções dos autores Aberastury e Knobel (1981), que há mais de 30 anos, descrevia que os adolescentes das grandes cidades como instáveis, inseguros, rebeldes, com grande oscilação do comportamento e do humor. Ela os descrevia como podendo se apresentar com forte expansividade social, períodos ou momentos de energia e coragem desmedidas, cheios de luta e ideais quixotescos com muitos sonhos e aventuras, e tudo isso podendo ser prontamente convertido em retração social, sentimentos de depressão, incertezas, passividade e desânimo. E mesmo assim dentro do que se poderia chamar crise, e não como algo patológico.

Durante a adolescência, nesse estudo, escrevemos (Tardivo, 2007) que o ser humano deve galgar várias etapas para conquistar o status adulto. Os conflitos presentes serão mais intensos em adolescentes que apresentarem “pontos de fixação” e características regressivas durante a infância. Quanto maiores tiverem sido os pontos de fixação e características regressivas, maior possibilidade de os conflitos na adolescência serem mais intensos autores Aberastury e Knobel (1981)

A adolescência costuma ser descrita como um período contraditório, confuso, ambivalente, doloroso, repleto de conflitos com o meio que cerca o adolescente. É possível que seja a etapa mais vulnerável de todo o desenvolvimento humano. E, possivelmente, essa vulnerabilidade pode ser mais intensa de acordo com o ambiente em que está inserido o adolescente. (Tardivo, 2007). Helen Deutsch (1974) psicanalista que também se dedicou ao estudo dos adolescentes, menciona que muitos jovens trazem como queixa o imenso sentimento de solidão que vivem e os faz sofrer. Para essa autora não é prerrogativa dos adolescentes o sentimento de solidão, postulando ela, que talvez, esse sentimento, tenha mais a ver com o nosso tempo.

A partir desse resumo inicial sobre alguns aspectos dessa fase da adolescência, tomando por base , amplo estudo por nós realizado (Tardivo, 2007) e importantes autores, vale a pena discutir especificamente a formação da identidade, tarefa essencial nesse momento da vida, e que se constitui no tema da presente pesquisa.

O Procedimento de Desenhos Temáticos

Dois processos básicos compõem o Procedimento de Desenhos Estórias (Trinca, 2013) (D-E), bem como o Procedimento de Desenhos Temáticos (DE-T) : os aspectos gráficos e os verbais, com base no conceito de Apercepção Temática. Assim , DE-T se configura em unidade gráfico-verbal indissociada, que é muito mais do que a soma do desenho e da história associada.

○ D-E e os Desenhos Temáticos constituem-se numa unidade gráfico-verbal, indissociada, a qual configura um todo organizado que é muito mais do que a soma do desenho e da associação verbal ou estória, mas é um novo produto. O DE –T foi apresentado para o estudo das representações sociais Vaisberg e Follador(1997) . E o DE-T favorece a compreensão de como aquela pessoa em seu grupo significa determinada conduta ou situação (Tardivo, 2008). (Vaisberg, 2013; Tardivo, 2007) A pessoa é convidada a desenhar algum tema, que é indicado pelo psicólogo ou por quem está naquele par.

OBJETIVO

A pesquisa mais ampla visou conhecer a representação sobre adolescência. De um grupo de adolescentes. Tal conhecimento é importante para embasar programas de prevenção e intervenção, uma vez que foi realizado junto a adolescentes de grupos vulneráveis.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Esse trabalho foi desenvolvido junto a 42 participantes que tem entre 14 e 18 anos de idade; de ambos os sexos, em 4 encontros, em diferentes regiões da cidade de São Paulo.

Parte desse grupo é composto por adolescentes que freqüentam o Programa do Adolescentes em regiões com elevado nível de violência urbana. Outro grupo foi composto por adolescentes que frequentam escola pública, em outra zona da cidade

INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

Desenhos Temáticos

Foi proposta a atividade em grupo (material folhas sulfite , lápis preto no 2, borracha)

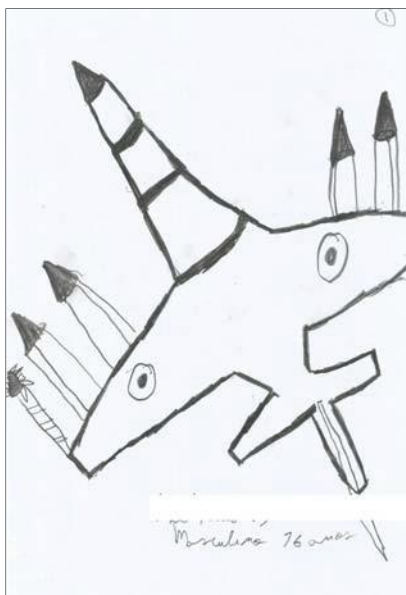
Foi dada a instrução: DESENHO DO QUE É SER JOVEM HOJE EM SÃO PAULO

A partir do desenho foi solicitado que escrevessem associações (no verso) ao que desenharam. O material foi exposto para todos do grupo sendo realizada uma discussão sobre os temas presentes.

Foi empregado o método clínico de análise, a partir dos desenhos e associações; bem como das discussões realizadas.; levantando os principais temas e sinais presentes Foram realizadas comparações entre os resultados no presente estudo com os dados de proposta semelhante desenvolvida pela autora principal há mais de uma década.

Foram realizadas comparações entre os resultados no presente estudo com os dados de proposta semelhante desenvolvida pela autora há mais de uma década (Tardivo, 2004 e 2007)

RESULTADOS E DISCUSSÃO



Sem associação no verso

Foram frequentes Temas relacionados à violência urbana, marginalidade, drogas tanto no presente como no estudo anterior



Associação no verso:

Alguém praticando bullying com o outro -Fem 13a

Elementos junto de outros temas: namorar, jogos, diversão

namorar, jogos, diversão



Associação no verso:

Os adolescentes em geral curtem muitas festas , onde rola tudo drogas, bebida alcoólica, e abusos e outras coisas: namorar, jogar,

Dificuldade de crescimento

Para o adolescente é sempre bom aprender coisas novas. Porém quando chega a etapa do trabalho isso acaba sendo sufocante pelo fato de se prender e não viver sua vida , que tanto tinha na época da escola.



Masc 17 anos

Sufrimento depressão

associação no verso

*Muitos nos dizem coisas sem ao menos
pensar nas palavras, também não se
importam com o que sentimos, essa é uma
fase difícil na vida e precisamos de apoio e
não mais de julgamento*

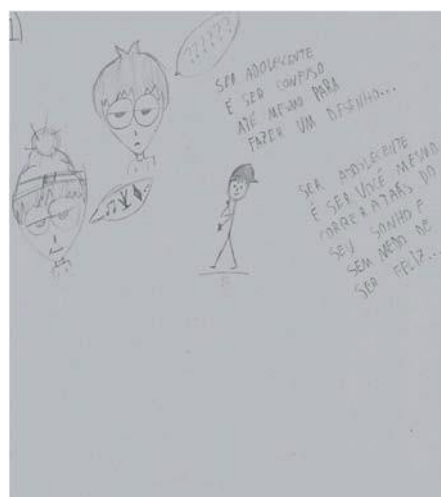


Fem. 16 anos

Ambivalência e confusão

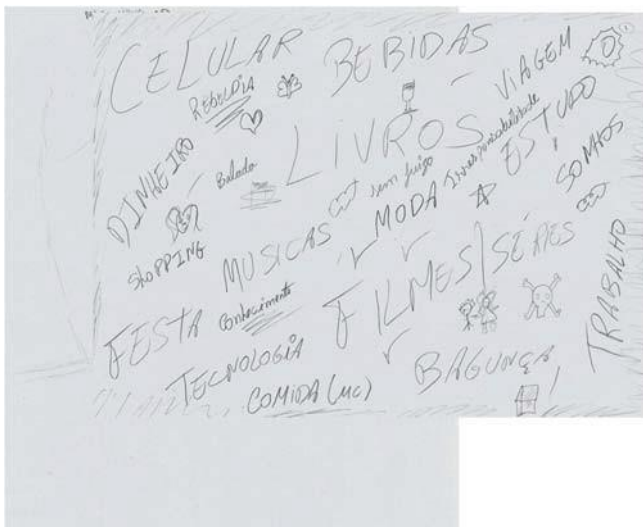
Sem associação no verso:

Masc 17 anos



Ambivalência:

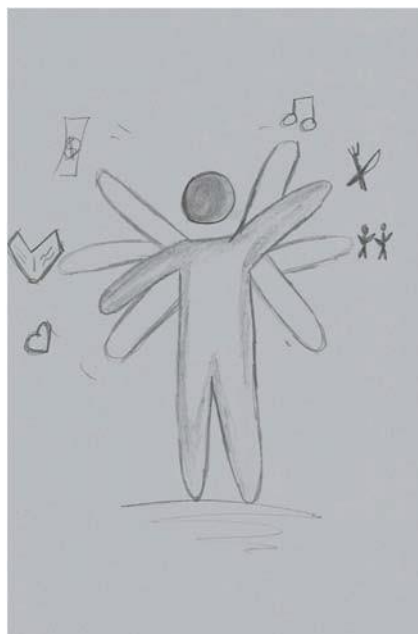
idéias, contradições, mas dados de crescimento como estudo



Sem associação no verso:

Masc 18 anos

Ambivalência:
contradições,
sobrecarga
mas dados de
crescimento como
estudo



Associação no verso

*Ser adolescente em
braços” para dar*

Fem 17 anos



São Paulo é ter que ter “vários
conta de tudo

ambivalência – defesa isolamento

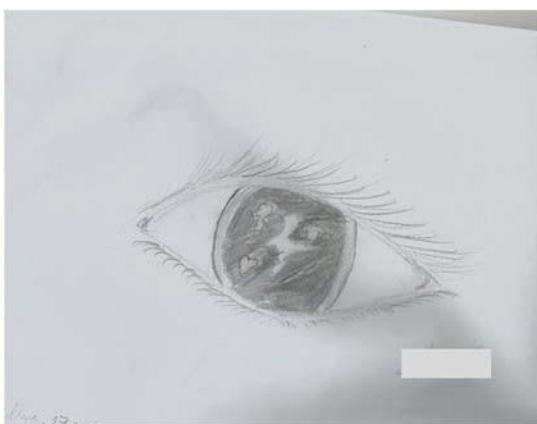
*Um adolescente com a mente lotada de coisas, o que o deixa feliz e o que não gosta ...
Ele está desligado do mundo*

O fone mostra issomasc 17 anos

ambivalência

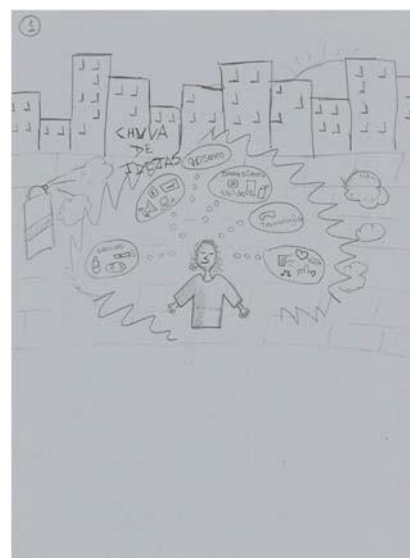
Representam as coisas que os jovens vêem que influencia em sua personalidade e e m sua essência

Masc 17 anos



Ênfase na informação e liberdade

O que não falta
na vida de uma
adolescente em
SP é informação.



E tem cada vez mais liberdade de expressão; liberdade em ser e fazer o que quiser . Vivem à base da ideologia do Carpe Diem .FEM. 17ANOS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões realizadas após os grupos refletem conhecimento dos problemas enfrentados por adolescentes em sua cidade na atualidade.

O DE-T foi muito útil para trazer tais temas para a discussão, e se mostrou relevante para o conhecimento e compreensão da temática da adolescência; e o conhecimento obtido é importante para embasar programas de prevenção

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico (SMG Ballve, Trad.).
- Bleger, J. *Psicologia de la Conducta*, Buenos Aires Editorial Paidós, 1975
- Deutsch, H. - *Problemas Psicológicos da Adolescência*. Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1974
- Tardivo, L. S. L. P. C. (2008). O procedimento de desenhos-estórias (DE) e seus derivados: fundamentação teórica, aplicações em clínica e pesquisas. *AE Villemor-Amaral & BSG Werlang, Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica*, 287-305.
- Tardivo, L. S. L. P. C (2004) *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas - encontros e viagens* Tese (livre docência) – Instituto de Psicologia da de vivencias emocionais: In Formas Compreensivas de Investigação Psicológica: Procedimentos de Desenhos-Estórias e Procedimentos de Desenhos de Famílias com Estórias Universidade de São Paulo., 2004
- Tardivo, L.S.P..C. (2013) O Procedimento de Desenhos-Estórias na expressão e na compreensão. 1ed.São Paulo.Vetor.Editora.V.1.p.145-168.
- Tardivo, L. S. L. P. C (2007) *O Adolescente e Sofrimento Emocional nos Dias de Hoje* São Paulo, Editora Psico-Pedagógica 2007

Trinca, W. (2013). Procedimentos de desenhos-estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões. Vaisberg 2013

Vaisberg, T. M. J. A., & Ambrosio, F. F. (2013). Rabiscando desenhos-estórias com tema: pesquisa psicanalítica de imaginários coletivos. *Procedimentos de desenhos- estórias: formas derivadas, desenvolvimentos e expansões*. São Paulo: Vetor, 277-302.

ESTUDO DAS CONCEPÇÕES SOBRE AUTO LESÃO EM ADOLESCENTES POR ADOLESCENTES ¹³

Ares Ayala Ramirez¹⁴

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo ¹⁵

RESUMO

Na atualidade há forte interesse no comportamento de auto-lesão em adolescentes. A violência auto-infligida é uma das formas de violência que a OMS reconhece como um problema de saúde pública. O principal objetivo do presente projeto é estudar as concepções de adolescentes da população sobre o comportamento de auto lesão, e de adolescentes que se autmutilam e aceitaram participar. Participaram 20 adolescentes (entre 13 e 14 anos) que responderam a questionários baseados em histórias fictícias, onde se apresentam situações de adolescentes com comportamentos auto-lesivos. Os resultados dos 20 adolescentes são apresentados em dados brutos e revelam que esses consideram a conduta como indício de sofrimento grave, que requer cuidado e ajuda. Criticam o estímulo de amigas que indicam a conduta auto-lesiva como forma de alívio. Conclui-se pela necessidade de continuidade e aprofundamento da pesquisa com mais dados de forma a se obter uma maior compreensão sobre essa conduta em pre adolescentes e adolescentes de nosso meio. Ao mesmo tempo deverão ser apresentadas propostas de enfrentamento, que incluem iniciativas de tratamento e prevenção.

INTRODUÇÃO

A adolescência só pode ser compreendida ao considerar ao mesmo tempo os fatores psicológicos e sociológicos envolvidos, além dos biológicos. Com base em Ajuriaguerra (1985), (Tardivo, 2004, 2007) afirma que a adolescência só poder ser compreendida por meio do conhecimento das pulsões e das defesas, dos bloqueios e dos processos de identificação, de um lado, e do ambiente do outro. (Aberastury, 1971).

¹³ Resultados Preliminares do Projeto de Iniciação Científica de Ares Ayala - bolsa RUSP

¹⁴ Estudante de graduação ; bolsista RUSP. IPUSP

¹⁵ Professora Associada, Departamento de Psicologia Clínica – Coordenadora do APOIAR do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

A automutilação tem sido um problema ao longo do tempo na sociedade moderna. Yip (2005) aponta diversas perspectivas envolvidas na compreensão desses comportamentos de auto lesão entre adolescentes, que se configura em fenômeno multidimensional. Assim se inclui o sistema familiar, o sistema dos pares, o contexto sócio-cultural, as consequências desses comportamentos em adolescentes.

Hawton, Saunders, O'Connor (2012) apontam como principais desafios nesse campo o desenvolvimento de uma maior compreensão dos fatores que contribuem para a automutilação e suicídio em jovens, especialmente os mecanismos subjacentes ao contágio e o efeito das novas mídias. Messer. e Fremouw (2008) em artigo de revisão discutiram estudos que enfocaram a automutilação em adolescentes, trazem a proposta de que pode haver sete modelos explicativos para o fenômeno, sendo a compreensão da automutilação adolescente uma tarefa complexa, considerando integração desses distintos modelos, o que poderá favorecer essa compreensão

.A deliberada automutilação pode ser classificada como "auto-corte não-suicida", embora alguns adolescentes possam vir a cometer suicídio. Greydanus e Shek (2009) consideram que todos os atos de automutilação devem ser levados a sério pelos profissionais de saúde e é necessário oferecer tratamentos a qualquer adolescente envolvido com essa conduta. Nock et al (2006) apresentam um estudo com adolescentes que apresentaram auto-lesão não suicida (NSSI), que é um problema comportamental predominante, porém esses autores afirmam que há muitos aspectos fundamentais nessa conduta que permanecem desconhecidos.

Sobre auto-lesão não-suicida (NSSI), pode-se destacar o estudo de Bakken e Gunter (2012) que encontraram dados alarmantes nessa conduta. Hall e Place (2010) apresentam um artigo que traz dados relevantes sobre a prevalência do comportamento de automutilação por corte no Reino Unido. Consideram que a prevalência é elevada e se observa um aumento, tendo uma estimativa de 1 em 12 até 1 em 15 adolescentes com esse comportamento.

Arcoverde e Soares. (2012) em amplo estudo realizado no Brasil buscaram descrever fatores neuropsicológicos associados a condutas auto lesivas, assinalando sempre que estes são um dos aspectos, mas não os únicos que influenciam esse tipo de comportamento. Foram encontrados poucos estudos sobre o fenômeno em nosso meio, sendo essa uma justificativa da realização da presente pesquisa.

Kovács (2008) considera que não é motivação manifesta para esse comportamento a intenção de suicídio. Richardson e Zaleski (1986) indicam ainda que a repetição do ato de se ferir em algumas pessoas pode ser devido a uma dependência da endorfina, que é liberada quando há danos corporais. Numa linha diversa, Le Breton (2010) apresenta uma análise compreensiva sobre esse fenômeno, como uma assinatura do sujeito sobre a pele.

JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS:

Justifica-se a presente pesquisa, a ser realizada em função da necessidade de estudo e compreensão das condutas de auto mutilação em adolescentes brasileiros. Visou-se apresentar dados preliminares sobre as representações e concepções que adolescentes e pré adolescentes da população tem sobre o comportamento de auto lesão (entre a população geral e de adolescentes que se auto-mutilam e aceitaram participar).¹⁶

MÉTODO:

Participantes:

Adolescentes e pre adolescentes da população escolar, de 10 a 14 anos de idade participarão, da pesquisa. Até o presente momento, participaram do estudo com o uso de histórias fictícias, um grupo de 20 adolescentes (entre 13 e 14 anos). Os participantes foram convidados a responder, com o consentimento de pais ou responsáveis, e assentimento deles mesmos, a dois questionários baseados em histórias fictícias, onde se apresentam situações de adolescentes com comportamentos auto lesivos. Posteriormente deverá participar um numero maior de adolescentes.

Instrumentos e Procedimentos:

1ª Fase – Questionários e Histórias Fictícias

Aguilar (2010) apresentou um estudo sobre representações sociais em torno da violência conjugal, a partir da validação de um Questionário de Violência Conjugal, onde são

¹⁶ Esse projeto sobre concepções de adolescentes sobre a conduta de auto-lesão faz parte de um mais amplo. Esse subprojeto foi proposto como Iniciação Científica. As histórias fictícias foram criadas pela Professora Leila S P C Tardivo

apresentadas 3 pequenas histórias, e são feitas afirmações a respeito, sendo que os participantes devem responder expressando suas concepções sobre o tema a partir da situação fictícia (baseada em fatos reais). Freitas e Tardivo (2015)¹⁷ realizaram um estudo piloto de validação do mesmo questionário junto a estudantes universitários brasileiros. Para o presente estudo foram criadas histórias fictícias para conhecer concepções de pré e adolescentes sobre a conduta auto lesiva .

Dessa forma, inserem-se abaixo duas **histórias fictícias** criadas visando atingir os objetivos do estudo conhecer a concepção que adolescentes em geral tem sobre essa conduta; e são as que se seguem, a partir das quais um questionário deverá ser respondido. É possível que entre os adolescentes convidados a participar haja algum que apresente esse comportamento .No caso de algum adolescente pedir ajuda a um colega ou a si mesmo haverá toda a atenção da equipe

Você tem abaixo duas histórias fictícias sobre jovens que apresentam o comportamento de se cortar, ou se ferir. Lembre que seus dados não serão conhecidos e você poderá pedir ajuda para responder. Leia cada história e as afirmações que estão abaixo e responda , assinalando:

SIM, se concorda com certeza;

NÃO – se não concorda ou

NÃO SEI – se não tem certeza ou se prefere não responder.

História 1 - *Mel tem 15 anos, sua mãe, Ana, tem 32 anos e é casada com Bernardo, o pai, de 34 anos. Mel tem mais uma irmã pequena de 2 anos. Bernardo costuma beber e grita muito em casa com Ana e às vezes a agride fisicamente. Com Mel, em geral, Bernardo também grita e raramente chegou a agredi-la fisicamente. Bernardo, quando não bebe, se comporta como um pai mais tranquilo e tenta se aproximar da filha. Mel não sabe como se comportar, quer ajudar a mãe, mas tem medo do pai. A mãe se mantém no casamento, alegando não ter como se manter sem Bernardo. Mel é uma boa aluna e tem poucas amigas, e fica muito tempo com elas. Ana esconde das pessoas que Bernardo é agressivo, cuida bem da casa, mas não conversa muito com a filha sobre a situação com o pai e pede paciência a ela. Mel não tem namorado e não quer ter. Uma amiga mostrou-lhe o braço com marcas de corte e disse que fazendo assim ela se sente melhor. Mel, sem os pais tomarem conhecimento, começou a se*

¹⁷ Projeto de Iniciação Científica desenvolvido por Caroline Dantas de Freitas sob a orientação de Profa Leila SPC Tardivo junto ao Instituto de Psicologia da USP, 2015

ferir, na escola, nos intervalos com essa amiga. Usa a lâmina do apontador. Os cortes não são muito fundos, mas ela sente dor, e vê o sangue. Mel diz que se alivia nesse momento. Ela tem vergonha e esconde as marcas com roupas de manga comprida.

	SIM	NÃO	Não sei/ não quero Responder
1. Você acha que Mel se comporta assim devido ao ambiente de casa?			
2. Você concorda com a atitude da amiga de Mel – estimulando-a a se cortar para tentar alívio?			
3. Você acha que esse comportamento não é grave e vai parar com o tempo?			
4. Você acha que esse comportamento é grave e Mel precisa de ajuda .			
5. Se fosse amiga (o) de Mel tomaria outra atitude? Aconselharia a contar à mãe?			
6. Se fosse amiga (o) de Mel tomaria outra atitude? Aconselharia a contar ao pai.			
7. Se fosse amiga (o) de Mel tomaria outra atitude? Aconselharia a contar a alguém da escola ?			
8. Se fosse amiga (o) de Mel tomaria outra atitude? Aconselharia a contar a outra pessoa ?			
9. Você conhece alguém parecido com Mel?			
10. Se conhece, gostaria de pedir ajuda a algum profissional para essa pessoa ?			

História 2 - *Lua é uma jovem de 13 anos e está no fim do Ensino Fundamental. Vai bem na escola, e gosta de suas amigas e quer muito ser popular em seu grupo. Ela considera sua casa “normal”. Os pais são separados e ela vive com a mãe, Antonia, de 33 anos, e um irmão de 10 anos. A mãe trabalha e é legal, ela diz. Lua esconde dos pais e dos professores o*

comportamento de se ferir. O pai, Jose, vem visitar os filhos; tem outra família. Lua diz que não se importa muito com essa separação. Lua ficou sabendo por uma amiga, Maria, de um site que mostra meninas que se ferem e se fotografam. Conheceu outros sites e começou a fazer isso, e não considera problema. Ela se fere, e se coça muito deixando feridas na pele. Ela acha até legal e já tirou fotos sem se identificar e postou esses machucados, sem a mãe saber. Em seu grupo é um comportamento que as meninas valorizam. Ela diz que curte e se sente bem assim.

	SIM	NÃO	Não sei/ não quero Responder
1. Você acha que Lua se comporta assim devido ao ambiente de casa?			
2. Você concorda com a atitude da amiga de Lua – de ter mostrado esse site que estimula esse comportamento de se cortar?			
3. Você acha que esse comportamento não é grave?			
4. Você acha que esse comportamento é grave e Lua Precisa de ajuda? .			
5. Se fosse amiga (o) de Lua tomaria outra atitude? Aconselharia a contar à mãe?			
6. Se fosse amiga (o) de Lua tomaria outra atitude? Aconselharia a contar ao pai			
7. Se fosse amiga (o) de Lua tomaria outra atitude? Aconselharia a contar a alguém da escola ?			
8. Se fosse amiga (o) de Lua tomaria outra atitude? Aconselharia a contar a outra pessoa ?			
9. Você conhece alguém parecido com Lua ?			
10. Se conhece gostaria de pedir ajuda a algum profissional para essa pessoa?			

RESULTADOS PRELIMINARES

São apresentados abaixo os resultados de 20 adolescentes de 14 até 16 anos de idade, de ambos os sexos. sendo 8 do sexo feminino e 12 do masculino. Os dados são apresentados em números absolutos- Posteriormente serão feitos todos os estudos estatísticos

HISTÓRIA 1 e 2 - RESPOSTAS

	A HISTÓRIA DE MEL			HISTÓRIA DE LUA		
	SIM	NÃO	NÃO SEI	SIM	NÃO	NÃO SEI
1. Você acha que xx se comporta assim devido ao ambiente de casa?	19	1	0	6	14	0
2. Você concorda com a atitude da amiga de xx – de ter mostrado esse site que estimula esse comportamento de se cortar?	3	17	0	0	18	2
3. Você acha que esse comportamento não é grave?	4	13	3	6	13	1
4. Você acha que esse comportamento é grave e xx Precisa de ajuda? .	15	2	3	17	1	2
5. Se fosse amiga (o) de xx tomaria outra atitude? Aconselharia a contar à mãe?	14	2	4	18	1	1
6. Se fosse amiga (o) de xx tomaria outra atitude? Aconselharia a contar ao pai	6	10	4	14	4	2
7. Se fosse amiga (o) de xx tomaria outra atitude? Aconselharia a contar a alguém da escola ?	7	8	5	8	8	4
8. Se fosse amiga (o) de xx tomaria outra atitude? Aconselharia a contar a outra pessoa ?	9	3	8	8	6	6
9. Você conhece alguém parecido com xx ?	10	7	3	4	12	4
10. Se conhece gostaria de pedir ajuda a algum profissional para essa pessoa?	8	4	8	8	7	5

Observa-se que a maior parte dos adolescentes considera a história de Mel séria . A história de Lua, também é criticada A presença da amiga com o estímulo nos dois casos é criticada pela

maioria dos xx adolescentes; na totalidade; e a mídia também é criticada (Hawton, Saunders, O'Connor , 2012).

A necessidade de ajuda é muito evidente em ambos os casos . Mas a maioria não conhece adolescentes como Lua, mas como Mel (que damandam mais ajuda). A busca de ajuda também se evidencia mais no caso de Mel, do que em Lua; no entanto, os adolescentes apontam que preferem buscar ajuda na escola em ambos; e menos nos país. Aqui se evidencia a presença do conflito com as figuras parentais; e a situação familiar presente nessa conduta, como aponta Yip (2005) entre outros temas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos desse estudo foram alcançados, tendo sido possível apresentar dados preliminares sobre concepções de adolescentes da população sobre o comportamento de auto lesão. Os adolescentes, em geral, consideram a conduta auto lesiva como indício de sofrimento grave e requer cuidado e ajuda.

Como fonte de ajuda tanto entre os adolescentes da população geral aparecem amigos e a escola (professora e em especial Diretora) como busca de apoio. Evidenciam-se em ambos os grupos as dificuldades com o meio familiar.

Conclui-se pela necessidade de mais estudos, sendo que esse deve ser ampliado, e aprofundamento com mais dados de forma a se obter uma maior compreensão sobre essa conduta em pre adolescentes e adolescentes de nosso meio. Ao mesmo tempo deverão ser apresentadas propostas de enfrentamento, que incluem iniciativas de tratamento e prevenção.

REFERÊNCIAS

ABERASTURY, A (1971)– *ADOLESCÊNCIA*. PORTO ALEGRE, ARTES MÉDICAS.

Aguilar, R. I. O. (2010) *Representações sociais em torno da violência conjugal: Estudo de validação do Questionário de Violência Conjugal – Histórias (QRVC-HIS) e do Questionário de Violência Conjugal – Causas, Manutenção e Resolução (QVC-CMR) com uma amostra da população geral*. Dissertação de Mestrado UC/FPCE: Coimbra.

Ajuriaguerra, J (1985). – *Manual de Psiquiatria Infantil*, Rio de Janeiro, Masson do Brasil.

Arcoverde, R.L. - Soares, L.S.L.C (2012) - Funções Neuropsicológicas Associadas a Condutas Autolesivas:Revisão Integrativa de Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (2), 293-300,.

Bakken, N.W. E . Gunter , W. D. (2012) Self-Cutting and Suicidal Ideation among Adolescents: Gender Differences in the Causes and Correlates of Self-Injury. *Deviant Behavior*, 33: 339–356.

Barbosa,G.A Almeida E Gaião. (1996) Um estudo de prevalência com o CDI *Infanto- Rev. Neuropsiq.da Inf. e Adol.* 4 (3):36-40

Cunha, J. A. (2001) *Manual da versão em português das escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo1.

Feixas, G. y Saúl, L. A. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An investigation on the role of cognitive conflicts in health. *Spanish Journal of Psychology*, 7, 69-78.

Glaser, B y Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine de Gruyter

Martino, S. (2009). *Scars: Creative approaches to understanding and coping with self-mutilation*. Baltimore, MD, US: Apprentice House.

Moran, H; Pathak, N. y Shama, N. (2009). The mystery of the well-attended group. A model of personal construct therapy for adolescent self-harm and depression in a community CAMHS service. *Counselling Psychology Quarterly*, 22, 347-359.

Morris, S. D. (2004). Rebuilding Identity Through Narrative Following Traumatic Brain Injury. *Journal of Cognitive Rehabilitation*, 22, 15-21.

Freitas, C.D. E Tardivo, L.S.P.C (2015) - Violência entre parceiros íntimos: Concepções entre estudantes universitários brasileiros . *Simpósio de Iniciação Científica(SIICUSP)*, Universidade de São Paulo,2015

Greydanus, D.E; Shek, D.(2009) Deliberate Sel-harm and Suicide in Adolescents. *The Keio Journal of Medicine*, vo. 58 , n. 3 p 144-151, 2009

- Hall, B. Place, M (2010). Cutting to cope – a modern adolescent phenomenon *Child: Care, Health and Development*. Volume 36, Issue 5, pages 623– 629, September 2010
- Hawton, K. ; Saunders,; K. ;; Rory C O'connor, R (2012) - Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, Volume 379, Issue 9834, 23–29 June , PAGES 2373–2382
- Kovacs, M. (1985) The children's depression inventory *Psychopharmacol Bull*, 21: 955-998.
- Kovács, M. J. (2008) Comportamentos autodestrutivos e o suicídio. In M. J. Kovács (Ed.), *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 171-194). São Paulo, SP: Casa do psicólogo, 2008.
- Le Breton, D.(2010) Escarificações na adolescência: uma abordagem antropológica *Horizontes Antropológicos, Porto Alegre, ano 16, n. 33, p. 25-40, jan./jun. 2010*.
- MESSE, J. M. ; ; FREMOU, W.J. (2008) - A CRITICAL REVIEW OF EXPLANATORY MODELS FOR SELF-MUTILATING BEHAVIORS IN ADOLESCENTS. *CLINICAL PSYCHOLOGY REVIEW. VOLUME 28, ISSUE 1, JANUARY , PAGES 162–178*
- NOCK, M. K. ET AL (2006). NON-SUICIDAL SELF-INJURY AMONG ADOLESCENTS: DIAGNOSTIC CORRELATES AND RELATION TO SUICIDE ATTEMPTS. *PSYCHIATRY RESEARCH*, V. 144, N. 1, P. 65-72, 2006.
- Reppold, C. T., & Hutz, C. S. (2003) Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 2(2), 175-184
- Richardson, J. S.; Zaleski, W. A. (1986) Endogenous opiates and self-mutilation. *The American journal of psychiatry*, 1986.
- Tardivo, L. S. P. C. (2004) *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje: reflexões psicológicas - encontros e viagens* Tese (livre docência) – São Paulo, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Tardivo, L. S. P. C.. (2007) *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje*. São Paulo: Vetor.

Yip, K. – (2005) A Multi-Dimensional Perspective of Adolescents' Self-Cutting, *Child and Adolescent Mental Health*, Volume 10, Issue 2, pages 80–86, May ,

O TRABALHO EM REDE: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DE UM CASO CLÍNICO¹⁸

Silvia Teresa Collakis¹⁹

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo²⁰

Resumo

O Sistema Único de Saúde brasileiro segue uma lógica territorial que tem se organizado com força crescente em torno do conceito de *rede*. A criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) institui a articulação e o trabalho conjunto dos diversos serviços de Saúde Mental, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado. De forma a problematizar e contribuir para a reflexão sobre o tema das redes, este trabalho apresenta um caso clínico de um jovem com o diagnóstico de autismo, cujo tratamento envolveu a atuação conjunta de serviços de saúde do território, como ESF, NASF, CAPSi II, CAPSi III, CAPS Adulto II, CAPSad III, UA, pronto socorro psiquiátrico e APD, dentre outros. Conclui-se que o trabalho em rede potencializa os cuidados em Saúde Mental, uma vez que cria espaços de corresponsabilização e de diminuição da sobrecarga. Além disso, tende a aumentar o escopo de ações e também a eficácia das mesmas. Recomenda-se a ampliação do conceito para além da esfera da Saúde, uma vez que o sujeito deve ser compreendido em sua integralidade e singularidade.

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem se organizado cada vez mais a partir de uma lógica territorial. Na concepção que norteia seus princípios, o território é compreendido como um organismo vivo, formado não apenas por delimitações geográficas, mas também pelas pessoas que nele habitam, com os conflitos, interesses, relações e instituições que a elas são pertinentes²¹ (Brasil, 2004).

Dentro desta concepção e com base na mudança de paradigma do modelo asilar para modelo de atenção psicossocial, desde 2011 os diversos dispositivos de Saúde Mental se organizam

¹⁸ Trabalho premiado pela Comissão Científica – na sessão de Poster da 14ª Jornada APOIAR

¹⁹ Psicóloga ; Mestre pelo IPUSP email:

²⁰ Professora Associada do Instituto de Psicologia da USP – orientadora.

²¹ A noção de *território-vivo*, de Milton Santos, considera as relações sociais e as dinâmicas de poder que configuram os territórios, enfocando a subjetividade envolvida nessas relações; na Saúde também é utilizada a concepção de *territórios existenciais*, de Guattari, que representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas (Brasil, 2013).

em uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que se caracteriza por ser essencialmente pública, de base municipal e com um controle social fiscalizador e gestor no processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica. Suas diretrizes incluem: a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar; ênfase em serviços de base territorial e comunitária, diversificando as estratégias de cuidado, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares; organização dos serviços em Rede de Atenção à Saúde (RAS) regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; e o desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas com transtornos mentais, incluídos os decorrentes do uso de substâncias psicoativas (Brasil, 2011).

A RAPS é composta por estratégias e serviços do território, que devem atuar de maneira integrada e complementar. São eles: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que podem ser classificados como CAPS I, II e III e se subdividem, de acordo com sua demanda de tratamento, em Adulto (CAPS), infanto-juvenil (CAPSi) e Álcool e outras Drogas (CAPSad); a Estratégia Saúde da Família (ESF), com o apoio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o Programa De Volta para Casa; os Centros de Convivência e Cooperativa (CECCOS); a atenção em caráter transitório, que conta com a Unidade de Acolhimento (UA) e o serviço de Atenção em Regime Residencial; as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA); a atenção hospitalar, composta por enfermaria especializada em hospital geral e Serviço Hospitalar de Referência (SHR) para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (Brasil, 2013).

Segundo Dimenstein et al. (2012), no Brasil, o atendimento da crise só vem sendo alvo de preocupação há poucos anos e não são observados esforços no sentido de estabelecer critérios claros e/ou regulamentação adequada para garantir acesso a uma atenção de qualidade respeitando os direitos dos usuários. Os autores também afirmam que é preciso investir não só na desconstrução do paradigma manicomial que sustenta as práticas de atenção no campo da Saúde Mental, mas especialmente, na reorganização de uma rede de cuidados que articule a rede SUS como um todo. Com relação aos obstáculos que se impõem à efetivação da RAPS, é indiscutível a necessidade da existência de serviços em rede que operem na perspectiva da continuidade de cuidados, gestão integrada de casos e corresponsabilização (Dimenstein et al., 2012).

Campos e Guerreiro (2008) recomendam que boas práticas no campo da Saúde Mental devem preconizar alguns arranjos, dispositivos e práticas que visam auxiliar no avanço das propostas de trabalho. Assim, o primeiro princípio que deve nortear as ações é o *acolhimento*, no qual o paciente – ao invés de ser submetido a uma fila de espera (que não leva em conta o risco de cada situação) – é escutado e sua demanda é analisada. Além disso, é importante que se defina um *Projeto Terapêutico Singular (PTS)*, dispositivo que tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, levando-se em conta os recursos da equipe, território, família e do próprio sujeito. A elaboração do PTS requer um envolvimento de todas as partes no processo²².

Outros pontos que devem ser considerados no cuidado em Saúde Mental são a *responsabilização do sujeito*, o *uso racional da medicação* e o *uso de intervenções breves nos momentos de crise*. Com relação ao primeiro, se o paciente tem voz ativa na construção de seu PTS, é essencial que suas potencialidades e possibilidades de trabalho conjunto sejam valorizadas. A medicação pode ser utilizada como recurso, visando o bem estar do paciente, mas seu uso inadequado pode ser muito prejudicial ao tratamento, comprometendo inclusive a responsabilização acerca dele. Com relação aos momentos de crise, compreende-se que sua intensidade faz possíveis intervenções muito potentes e não necessariamente crônicas. A intervenção pode ser breve, mas deve apontar as questões centrais para o sujeito (Campos & Guerreiro, 2008).

Dimenstein e Liberato (2009) apontam que:

As experiências exitosas no campo da Saúde Mental têm em comum o fato de terem direcionado seus esforços para mecanismos eficazes de intervenção na crise e na criação de uma rede de recursos com amplo leque de estratégias interdependentes, não só sanitárias, mas de suporte social, de moradia, de geração de renda, de potencialização das associações, dos recursos comunitários, etc. A loucura não é só uma questão para o campo da saúde. Como dizia Basaglia (1979), a loucura é também uma questão de desigualdade, de opressão, de intolerância, de marginalização, de exclusão, pois tudo o que não é produtivo é doente (p.10).

A noção de rede como um emaranhado de relações das quais os indivíduos constituem os nós se caracteriza como uma transformação das ideias sobre organização social. Rede

²² Vale ressaltar que o PTS deve ser sempre do sujeito e não de uma equipe em particular. É comum observar PTSs diferentes, às vezes até conflitantes, sendo desenvolvidos pelos diversos serviços do território para um mesmo paciente, o que pode indicar uma articulação falha da rede.

social pode ser entendida como um campo localizado temporalmente e estruturado por vínculos entre indivíduos, grupos e organizações. Estes vínculos possuem naturezas diversas e podem ter sido construídos intencionalmente ou não; além disso, estão em constante interação e transformação. Essa concepção de rede permite que se utilize a análise das relações de rede para o entendimento das políticas sociais, explicando suas diversas dimensões no que se refere tanto a seu desenvolvimento quanto a seus resultados (Junqueira, 2000).

As redes surgem como uma linguagem de vínculos das relações sociais que se formam entre organizações que interagem mediadas por atores sociais. Favorecem um melhor entendimento, de maneira compartilhada, da realidade social. Os objetivos são definidos coletivamente e articulam pessoas e instituições que se comprometem a superar de maneira integrada os problemas sociais. São construídas por seres sociais autônomos, que compartilham objetivos que orientam sua ação, respeitando a autonomia e as diferenças de cada membro. Daí a importância de que cada organização pública — estatal ou privada — desenvolva seu saber para colocá-lo de maneira integrada a serviço do interesse coletivo (Marques, 2006).

É importante destacar que a rede estabelece acordos de cooperação e reciprocidade. Essas novas práticas de cooperação constituem um meio de encontrar saídas para intervir em uma realidade social complexa. Assim, a rede não é um objetivo em si, mas parte de uma metodologia para a ação, que valoriza a construção coletiva. Quanto mais alternativas são produzidas, maior a oportunidade dos membros da organização de se verem como sujeitos e de produzirem uma reflexão sobre suas práticas cotidianas. Dessa forma, constituem um meio de tornar mais eficaz a gestão das políticas sociais, otimizando a utilização dos recursos disponíveis. Ao preservarem a identidade de cada membro e sua competência na gestão dos recursos, fazem com que essas organizações se integrem, tanto na concepção das ações intersetoriais quanto na sua execução, para garantir à população seus direitos sociais (Junqueira, 2000).

A rede como uma realidade social pode também criar conhecimentos que lhes são próprios, numa perspectiva transetorial e que resulta das relações internas e externas às organizações. Nessa perspectiva, a rede não é apenas a construção de uma realidade de vínculos, mas também uma maneira de analisar e entender a realidade social. É por isso que da rede pode resultar um saber intersetorial, ou mesmo transetorial, que transcende as

relações intersetoriais na construção de novos saberes, de novos paradigmas (Junqueira, 2000). Sob este aspecto, a intersectorialidade tem como preceito a reestruturação e reunião de vários saberes e setores no sentido de favorecer um olhar mais adequado e menos falho a respeito de um determinado objeto, proporcionando uma melhor resposta aos possíveis problemas encontrados no dia-a-dia (Paula, Palha e Protti, 2004).

Objetivos

Este trabalho tem como objetivo discutir, a partir da exposição de um caso clínico, como a articulação do trabalho em torno de uma Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pode favorecer e potencializar os cuidados em Saúde Mental. Além disso, visa problematizar como o manejo da crise e da complexidade têm a ganhar se abordados a partir do enfoque de redes (no lugar do de serviços que atuam isoladamente e sem comunicação entre si).

Relato da experiência

Augusto²³ tem vinte e dois anos e é filho do Sr. José e da Sra. Cícera. O Sr. José teve mais uma filha (Mariana), hoje com trinta e nove anos, e a Sra. Cícera teve mais um filho (Paulo), que tem vinte e sete anos, ambos frutos de relacionamentos anteriores (e que são, portanto, meios-irmãos de Augusto). A Sra. Cícera faleceu quando Augusto tinha seis anos e, segundo o relato de familiares, aparentava ter um transtorno mental. O Sr. José não tem um diagnóstico fechado, mas, de acordo com o olhar das equipes envolvidas em seu cuidado, seu quadro aponta para uma estrutura de personalidade psicótica.

Quando pequeno Augusto iniciou acompanhamento psiquiátrico no CAISM (Santa Casa), com hipótese diagnóstica de autismo. Desde então, Sr. José cuida dele numa relação simbiótica, fazendo uso desse diagnóstico como forma de superproteger o filho e realizar todas as suas vontades, apresentando muita dificuldade para impor limites e regras. Desta forma, Augusto cresceu com a ideia de que pode tudo, frustrando-se com facilidade quando contrariado. Nestes momentos costuma ficar muito agitado e heteroagressivo, por muitas vezes destruindo objetos e aparelhos eletrônicos. É importante ressaltar que o Sr. José trabalha como autônomo e partilha minimamente dos contratos sociais. Segundo os

²³ Todos os nomes e algumas informações sobre o caso foram modificados, com o intuito de manter o sigilo ético e de preservar a identidade dos envolvidos.

familiares, quando criança tinha o comportamento parecido com o de Augusto, ficava nervoso com facilidade e quebrava objetos da casa.

Augusto iniciou seu acompanhamento no CAPSi II quando estava com onze anos. Ao ser acolhido, estava em situação de agitação psicomotora importante, que denunciava um limite intelectual, uma organização psicótica e um intenso sofrimento psíquico. A família mostrava dificuldades em lidar com o sofrimento psíquico do adolescente, estava assustada, considerava o acolhimento em hospital psiquiátrico uma alternativa interessante e entendia que o Sr. José tinha limitações para cuidar do menino.

Naquela oportunidade Augusto ficou durante três dias em uma ala psiquiátrica de um pronto socorro. Após a breve hospitalização foi incluído em uma série de atividades terapêuticas coletivas e individuais no CAPSi, além das propostas de aproximação de sua família para este cuidado. No decorrer do acompanhamento, perceberam-se dificuldades do Sr. José em oferecer orientações e limites e também em fazer com que ele mantivesse uma proximidade com a equipe do CAPSi ou da ESF. Augusto teve diversas agitações no decorrer dos anos de atendimento, mostrando-se bastante resistente a mudanças ou interdições; porém, com o trabalho terapêutico, foi ampliando sua possibilidade de lidar com mudanças e frustrações, apresentando uma diminuição do quadro de agitações psicomotoras e ampliação de seu repertório expressivo.

Em determinado momento do tratamento, quando Augusto estava com dezesseis anos, a equipe fez visita domiciliar, já que há aproximadamente 10 dias o menino não ia ao CAPSi. Nesta visita ele ficou agitado, aparentemente não agressivo, mas se negou a conversar com os profissionais e se posicionou de forma a não ter contato visual com a equipe. O Sr. José e Paulo²⁴ também ficaram agitados, discutiram entre si e pediram para a equipe se retirar. No fim da tarde deste dia soube-se pela tia paterna que Augusto havia ferido o pai com uma faca enquanto este último dormia.

Após o ocorrido, em avaliação do CAPSi, com o apoio do CAPS Adulto, Augusto apresentava-se calmo, relatou os fatos com concretude e sem muita crítica. Como estava sem agitação e não se colocava em risco, porém visivelmente fragilizado, foi acolhido em um CAPSi III de território vizinho para que fosse possível ter cuidados específicos à noite e

²⁴ Paulo era visto de forma marginalizada pela família paterna, que desconfiava que ele não fosse filho legítimo do Sr. José e este fato era reforçado pelo fato dele realizar um uso abusivo de álcool, maconha e cocaína.

durante os finais de semana, até que se esclarecessem quais as possibilidades de voltar para casa ou ao convívio familiar. Ficou durante quatro meses em Hospitalidade Noturna no CAPSi III, permanecendo no CAPSi II durante o dia, mantendo o projeto de cuidado estabelecido pela rede. O Sr. José passou por cirurgia e, após alta, permaneceu no período de recuperação na casa de sua mãe. Ao retornar para casa, foi acompanhado pelos profissionais da ESF, com apoio do NASF e do CAPS Adulto.

Em reuniões da rede de cuidado, reuniões com a Supervisão Técnica de Saúde e em reuniões com os familiares de Augusto, foi construído o retorno do mesmo ao seu lar. A partir desse evento, estabeleceu-se, então, o cuidado de Augusto e seu grupo familiar em uma rede de atenção composta por: CAPSi II, CAPS II Adulto, ESF e NASF e, posteriormente, também pelo Programa Acompanhante Comunitário de Saúde da Pessoa com Deficiência (APD)²⁵. O *projeto terapêutico singular* foi sendo construído inicialmente em reuniões semanais com todos os integrantes da rede e, nesse primeiro momento, com o retorno de Augusto à sua residência, o PTS consistia em visitas à família três vezes por semana, sendo uma das visitas composta por profissionais da ESF, do NASF e do CAPS Adulto e nas outras vezes por profissionais do NASF e da ESF. Além disso, Augusto manteve o acompanhamento no CAPSi, com frequência diária.

No período de dois anos que se sucederam, essas reuniões passaram a ser realizadas mensalmente, ainda com a presença de todos os atores da rede que permaneciam no cuidado. Nesse processo, foram inseridos mais profissionais do CAPS Adulto II para a construção da transferência de cuidado, uma vez que o usuário havia atingido a maioridade e julgou-se que, devido à temática abordada em seu tratamento, o CAPS Adulto seria agora um lugar mais adequado para ele. Foram propostos atendimentos compartilhados com os profissionais de ambos os CAPS, a acontecerem no CAPS Adulto. Porém, houve resistência por parte do Sr. José, que questionava tal decisão das equipes. O acompanhamento de Augusto foi mantido no CAPSi com uma gradual diminuição da frequência e de sua permanência, enquanto as visitas foram mantidas semanalmente para a família, com o intuito de cuidar da relação entre pai e filho. Na construção do cuidado de Augusto, foi proposta a inserção do APD, com o intuito de aumentar a autonomia dele e

²⁵ Programa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, baseado na técnica do Acompanhamento Terapêutico (AT), que visa assistir pessoas com deficiência intelectual em situação de fragilidade e vulnerabilidade social. O APD se propõe a promover a inclusão da pessoa atendida à sociedade, evitando situações de abrigamento ou internação e incentivando sua autonomia, desde que respeitadas as limitações e potencialidades do usuário (Associação Saúde da Família, 2016).

ampliar sua circulação para além dos espaços de saúde, possibilitando, inclusive, o acesso ao CAPS Adulto que já aparecia como um desejo do mesmo.

Após período de melhora, tanto de Augusto como de sua relação com seu pai, o rapaz se apaixonou por uma das estagiárias do CAPSi e, diante da frustração de não conseguir concretizar seus desejos, apresentou algumas situações de agitação e heteroagressividade, além de voltar a afirmar que sentia desejo de esfaquear o pai, os funcionários do CAPSi e a própria estagiária, chegando a agredi-la. A rede foi convocada a discutir o caso e decidiu pela internação de Augusto na ala psiquiátrica do pronto socorro da região. Devido a dificuldades na articulação do contato com este serviço, ele foi transferido para um hospital psiquiátrico, onde permaneceu por aproximadamente dez dias, até receber alta e voltar para casa.

Após este episódio, foi proposto que Augusto permanecesse no CAPS Adulto e lhe foram apresentados os grupos terapêuticos do serviço, mas ele pediu para ir pra casa porque estava com muito sono. No dia seguinte, o CAPSi foi informado que Augusto havia novamente esfaqueado seu pai. Diante da notícia, os profissionais da rede que participavam do caso se dividiram nos cuidados que seriam necessários aos familiares e ao próprio Augusto. Em atendimento com os familiares ficou evidente a impossibilidade dos mesmos na articulação desse cuidado, além do receio que tal situação voltasse a acontecer. Diante da impossibilidade de retorno à sua residência devido aos riscos à vida de seu pai e da necessidade de uma separação concreta entre ambos para que essa relação pudesse ser cuidada de outra forma, foi proposto outro local de moradia para Augusto.

Frente à falta de locais adequados para tal propósito, o CAPSad III, como componente da rede de saúde do território foi acionado a apoiar o cuidado, devido a ser o único serviço que funcionava 24 horas no território e ter uma Unidade de Acolhimento Adulto. Augusto permaneceu na UA por algumas semanas, mas após episódio de agitação em que quebrou objetos da residência, sua permanência lá não foi mais possível. Houve tentativa de retorno para sua casa, mas o risco de um novo ataque ao pai e as discussões frequentes com Paulo tornaram sua morada lá inviável. O CAPS Adulto fez, então, articulação com um centro de acolhida para adultos (conhecido popularmente como albergue), onde Augusto permaneceu.

Discussão

A partir da exposição deste caso clínico – caracterizado por uma situação de considerável vulnerabilidade e complexidade – é possível notar como o trabalho em rede possibilitou e ampliou os cuidados em Saúde Mental. A articulação dos diversos dispositivos do território, e, mais especificamente, dos profissionais que faziam parte destes dispositivos (uma vez que a pessoalidade e a formação de vínculos é condição primordial para que a rede se efetive, conforme defendido por Junqueira (2000) e Marques (2006)) criou um espaço de corresponsabilização e também de divisão das angústias despertadas. Observou-se que nos momentos em que um determinado serviço de saúde assumiu mais intensivamente o caso em detrimento dos outros serviços, houve uma sobrecarga de trabalho e também de carga emocional dos funcionários envolvidos.

A construção conjunta do PTS e a tomada de decisões de maneira coletiva, realizada nas reuniões de rede e também naquelas com o usuário e seus familiares, fortaleceu a equipe como um todo e tornou menos pesada a realização de escolhas delicadas, como aquelas envolvidas no manejo da crise. Desta forma, o peso de importantes questões não recaiu sobre os ombros de um único profissional ou local, o que costuma acontecer quando se assume isoladamente esta responsabilidade. Além disso, apesar de muitas vezes o usuário e a família apresentarem dificuldades para se implicarem no tratamento, eles também foram considerados atores da rede social, ainda que respeitadas as suas possibilidades de atuação a cada momento.

Percebe-se que a comunicação efetiva entre os diversos serviços do território pode aumentar o escopo de ações e também a eficácia das mesmas. No caso clínico ilustrativo, o movimento de aproximação com as instituições do território e de territórios vizinhos, permitiu que Augusto pudesse ter, por exemplo, sua demanda de moradia provisória atendida de maneira mais cuidadosa, a partir da articulação com o CAPSi III, com o CAPSad III, com a UA e com o centro de acolhida para adultos. Neste caso notou-se que, no momento em que a comunicação não foi efetiva (o que aconteceu quando Augusto esteve internado na ala psiquiátrica de um pronto-socorro da região), houve um dano, que foi sua internação em um hospital psiquiátrico e o agravamento do quadro de heteroagressividade.

Considerações finais

Pelo relato do caso, pode-se afirmar como é fundamental a articulação da Saúde com os outros setores da sociedade, como a Assistência Social, a Educação e a Justiça, de forma

a potencializar e ampliar ainda mais as possibilidades de cuidado e os olhares sobre o sujeito. Assim o sujeito deve mas sim em sua integralidade e singularidade.

Referências

Associação Saúde da Família (2016). Programa Acompanhante de Saúde da Pessoa com Deficiência – APD. Recuperado de <http://www.saudedafamilia.org/projetos/apd/apd.htm>

Brasil (2004). Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial, Brasília.

Brasil (2011). Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), *Diário Oficial da União*, Brasília, Edição n. 251, Seção 1, p. 59.

Brasil (2013). Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Brasília, DF: Editora MS.

Brasil (2013). Ministério da Saúde. Conheça a RAPS: Rede de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, Brasília.

Campos, G., & Guerreiro, A. (Orgs.) (2008). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada, São Paulo, SP: Aderaldo & Rothschild.

Dimenstein, M., & Liberato, M. (2009). Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. *Cad. Bras. Saúde Mental*, 1(1), 1-10.

Dimenstein, M., Amorin, A., Leite, J., Siqueira, K., Gruska, V., Vieira, C.,... Bezerril, M. (2012). O atendimento da crise nos diversos componentes da rede de atenção psicossocial em Natal/RN. *Polis e Psique*, 2(número temático), 95-127.

Junqueira, L. (2000). Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública*, 34(6), 35-45.

Marques, E.C (2006). Redes sociais e poder no Estado brasileiro: aprendizados a partir das políticas urbanas. *Rev. Bras. Ci. Soc.*, 21(60), 16-41.

Paula, K., Palha, P., & Protti, S. (2004), Intersetorialidade: uma vivência prática ou um desafio a ser conquistado? O Discurso do Sujeito Coletivo dos enfermeiros nos núcleos de Saúde da Família do Distrito Oeste – Ribeirão Preto. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 8(15), 331-38.

ESTUDO SOBRE OS PONTOS DE CORTE DO CDI – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO INFANTIL

Adriana Guedes²⁶;

Péricles Vicente²⁷

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo²⁸

RESUMO

O Inventário de Depressão Infantil (CDI) é um instrumento de avaliação psicológica para avaliação da depressão infantil utilizado em 44 países, em 27 línguas criado por Kovacs em 1992 . Em estatística o termo sensibilidade se refere à proporção de indivíduos com teste positivo na população em estudo e que possuem a doença $[VP/(VP+FN)]$. Já a especificidade é a proporção de indivíduos com teste negativo na população em estudo e que não possuem a doença $[VN/(VN+FP)]$ (Pencina et al,2008). No caso do Inventário de Depressão infantil – CDI é interessante que o teste se apresente com mais sensibilidade do que especificidade, visto que o objetivo deste é rastrear os sintomas depressivos entre os indivíduos. Existe um antagonismo natural entre a sensibilidade e a especificidade (Martinez *et al*, 2003). Uma técnica que facilita a observação desse fenômeno são as Curvas de Características de Operação de Receptor – Curvas de ROC. Essa representação gráfica que ilustra o desempenho de um sistema classificador binário e que possui o seu limiar de discriminação variado. O melhor ponto de corte de uma curva, de acordo com análises estatísticas, deve ser avaliado através do equilíbrio entre a sensibilidade e a especificidade. Mas há também critérios clínicos que podem necessitar que determinados testes se apresentem mais sensível ou específico, dependendo do caso. Tanto na literatura nacional como internacional não houve consenso do ponto de corte que deve ser utilizado. Como nem todos os trabalhos explicitam o motivo de escolha de determinado ponto de corte se decidiu fazer um estudo a esse respeito. Este trabalho apresenta um estudo estatístico sobre os pontos de cortes do CDI encontrado na literatura. Os resultados obtidos sugerem que a melhor forma de utilização do inventário é respeitar o CDI como uma medida contínua, dessa maneira as notas de cortes não deveriam indicar a presença ou ausência de

²⁶ Doutoranda do Instituto de Psicologia, Departamento de Experimental, Universidade de São Paulo;

²⁷ Graduando do Instituto de Física, Universidade de São Paulo;

²⁸ Professora Associada do Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica.

depressão para inclui a possibilidade de tratar todos os graus dos sintomas depressivos monitorados pelo inventário.

Em síntese, um sistema binário para avaliar os sintomas depressivos não é se mostra eficiente, pois tais sintomas deveriam ser avaliados como um gradual e

Introdução

O Inventário de Depressão Infantil (CDI) é um instrumento de avaliação psicológica para avaliação da depressão infantil utilizado em 44 países, em 27 línguas (Kovacs, 1992). Criado por Kovacs (1983, 1985, 1992, 2003), esse inventário é análogo à escala de Depressão de Beck para adultos. Originalmente, o CDI foi desenvolvido para crianças e adolescentes americanos que falam inglês, porém já foi traduzido e adaptado para a população brasileira por Gouveia e seus colegas em 1995. Possui 27 itens que, em sua maioria, contextualizam problemas escolares e que se agrupam em cinco áreas de fatores, alcunhadas como humor negativo, problemas interpessoais, ineficácia, anedonia e baixa autoestima. Os itens inventariados são: tristeza, pessimismo, autodepreciação, anedonia, mau comportamento, pessimismo preocupante, auto-ódio, autculpa, ideação suicida, crises de choro, irritabilidade, imagem corporal negativa, desinteresse social, indecisão, dificuldade escolar, distúrbios do sono, fadiga, diminuição do apetite, preocupações somáticas, solidão, descontentamento na escola, falta de amigos, diminuição do desempenho escolar, autodepreciação na comparação entre pares, sensação de ser mal-amado, desobediência e luta (Kovacs, 1992).

Em estatística o termo sensibilidade se refere à proporção de indivíduos com teste positivo na população em estudo e que possuem a doença [$VP/(VP+FN)$]. Já a especificidade é a proporção de indivíduos com teste negativo na população em estudo e que não possuem a doença [$VN/(VN+FP)$] (Pencina et al, 2008). No caso do Inventário de Depressão infantil – CDI é interessante que o teste se apresente com mais sensibilidade do que especificidade, visto que o objetivo deste é rastrear os sintomas depressivos entre os indivíduos.

Existe um antagonismo natural entre a sensibilidade e a especificidade (Martinez *et al*, 2003). Uma técnica que facilita a observação desse fenômeno são as Curvas de Características de Operação de Receptor – Curvas de ROC. Essa representação gráfica

que ilustra o desempenho de um sistema classificador binário e que possui o seu limiar de discriminação variado.

O melhor ponto de corte de uma curva, de acordo com análises estatísticas, deve ser avaliado através do equilíbrio entre a sensibilidade e a especificidade. Mas há também critérios clínicos que podem necessitar que determinados testes se apresentem mais sensível ou específico, dependendo do caso.

Tanto na literatura nacional como internacional não houve consenso do ponto de corte que deve ser utilizado, com base nas análises puramente estatísticas, para o inventário de Depressão Infantil -CDI.

Tabela 1. Diferentes pontos de corte no CDI no Brasil e no mundo

autores	ano	Ponto de corte	País
Kovacs	2003	19	EUA
Kovacs	1992	17	EUA
Binagwaho e col	2016	5-9	Ruanda
Belisario Filho et al	1999	18	Porto Rico
Andriola Cavalcante	1999	14	Brasil
Gouveia e col	1995	17a e 23b	Brasil
Hallak	2001	17	Brasil
Wathier colaboradores	2008	17	Brasil
Cruvinel Boruchovitch	2008	17	Brasil

A escolha do ponto de corte para qualquer teste implica em uma tomada de decisões complexa. No caso do CDI essa tomada de decisão implica decidir qual o indivíduo necessita cuidados especiais e possivelmente apresenta depressão e quem não possui

depressão. No sentido de auxiliar a pensar sobre o ponto de corte, com bases puramente estatísticas, esse estudo está sendo realizado.

Este trabalho apresenta estudo sobre os seguintes pontos de corte: 5, 9, 14, 17, 19 e 23, os quais são sugeridos pela literatura.

Material e Métodos

Sobre o Comitê de Ética

A aplicação do CDI foi autorizada pelo Comitê de Ética da Universidade do Amazonas, visto que, na época, o Comitê de Ética da USP estava desativado temporariamente. Houve garantia de sigilo da participação das crianças, fornecimento de Termo de Consentimento assinado por Diretores, Coordenadores de instituições e escolas e responsáveis pelas crianças. A coleta de dados, em aplicações individuais, foi realizada por psicólogos previamente treinados e capacitados. Foi fornecida carta de apoio e anuência às pessoas que compuseram a amostra clínica.

Banco de dados

O Banco de dados que iremos utilizar está sendo construído com os inventários que foram aplicados em 2012. Os participantes que compõem a amostra controle são crianças e adolescentes que estudam em escolas públicas e privadas, em que a incidência de depressão não está presente e nem tampouco sofreram abuso de qualquer tipo. Crianças e adolescentes infratores ou vitimizados compõem a amostra obtida em 2012.

Programas para cálculo Estatístico

- Medcalc

MedCalc é um programa de estatística a qual foi utilizado para fazer uma curva de ROC com o erro padrão (SE) e o intervalo de confiança de 95% (CI).

Inventário de Depressão Infantil

Foi utilizado como material de pesquisa o CDI – Inventário de Depressão Infantil, incluindo seus 27 itens e 5 fatores.

Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 304 crianças de ambos os sexos, de 6 a 12 anos de idade, distribuídas entre Nordeste e Sudeste do Brasil, sendo 185 (60,86%) com confirmação de serem vítimas de violência física e sexual, apresentando ou não pontuação acima de 17 no CDI. O restante dos participantes não possuía suspeita de vitimização. A amostra de crianças vitimizadas foi obtida em abrigos das regiões supracitadas. A forma de seleção se deu por conveniência e a randomização dos participantes no banco de dados foi simples.

Resultados Parciais

Área sob a curva ROC (AUC) é de 0,719, o erro padrão foi de 0,0294 (Hanley & McNeil, 1982), O intervalo de confiança no nível de 95% (95% I.C) 0,665 to 0,769 (binominal teste), estatística z é de 7,438 e o nível de significância é de $<0,0001$.

Gráfico 1 - Curva de Roc –Para região Nordeste e Sudeste Associadas

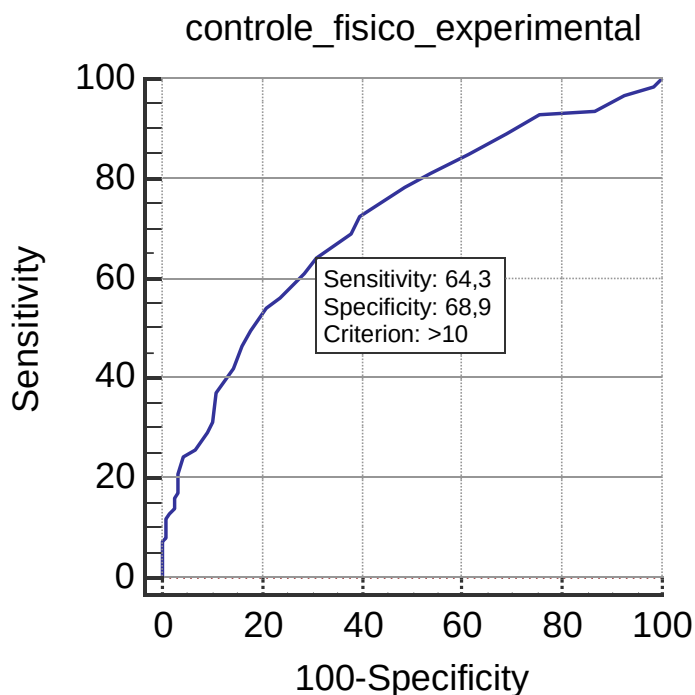


Gráfico 1 - Este gráfico mostra a curva ROC para o teste CDI indicando a relação entre sensibilidade e especificidade.

Tabela 2 – Sensibilidade e Especificidade relacionada aos pontos de corte - Região Nordeste e Sudeste Associadas

Ponto de Corte	Sensibilidade	95% C	Especificidade	95% C	+LR	-LR
>5	84,86	78,9 - 89,7	38,66	29,9 - 48,0	1,38	0,39
>9	69,19	62,0 - 75,8	62,18	52,8 - 70,9	1,83	0,50
>10	64,32	57,0 - 71,2	68,91	59,8 - 77,1	2,07	0,52

>14	49,73	42,3 - 57,2	82,35	74,3 - 88,7	2,82	0,61
>17	37,30	30,3 - 44,7	89,08	82,0 - 94,1	3,41	0,70
>19	29,19	22,8 - 36,3	90,76	84,1 - 95,3	3,16	0,78
>23	21,08	15,4 - 27,7	96,64	91,6 - 99,1	6,27	0,82

A tabela 2 mostra a Sensibilidade e Especificidade relativa aos pontos de corte entre 5 e 23, com 95%IC.

Gráfico 2 - Ponte de corte em relação a sensibilidade e especificidade

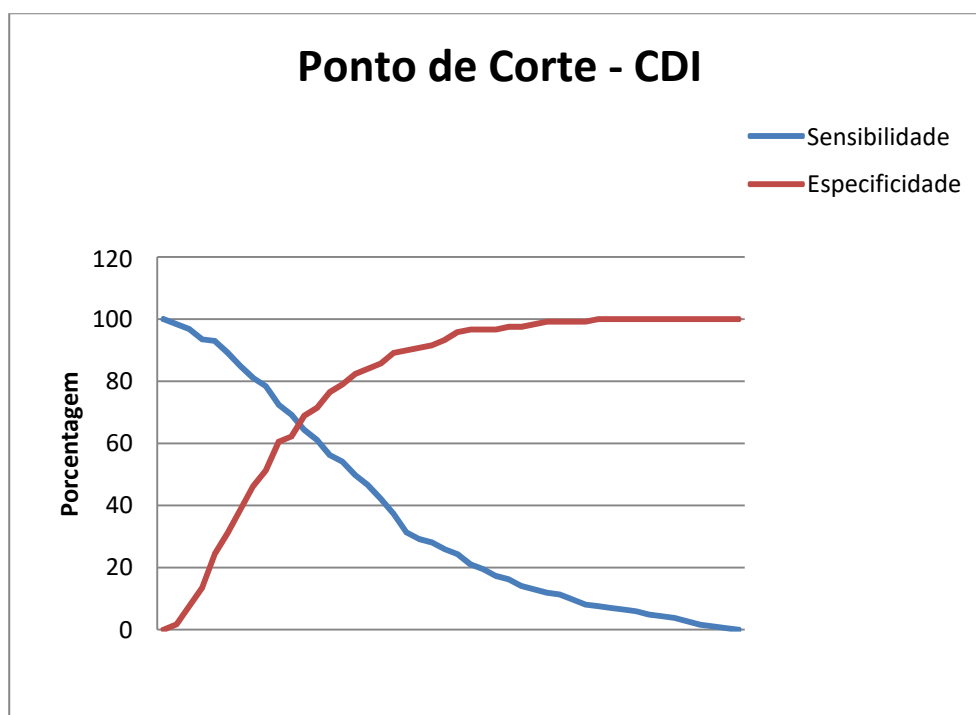
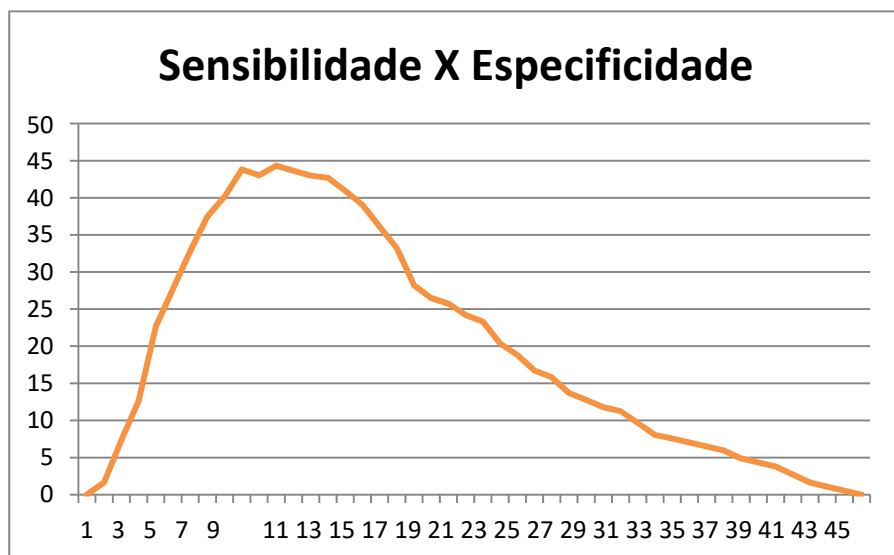


Gráfico 2 - Este gráfico mostra o ponte de corte em relação a sensibilidade e especificidade sugerindo que o melhor ponto de corte é 10.

Gráfico 3 – Produto : Sensibilidade e da Especificidade



O gráfico 3 apresenta o produto das curvas de sensibilidade e especificidade

($x = \frac{\text{sensibilidade} * \text{especificidade}}{100}$) da curva de especificidade e da sensibilidade.

Corroborar que o ponto de corte ótimo é o 10, mas indica uma zona de aceitabilidade dos pontos de corte entre 9 e 17 que está representada no pico.

Tabela 3 – Valores de sensibilidade e Especificidade em relação ao ponto de corte e média geométrica linear entre os produtos.

Ponto de Corte	Sensibilidade	Especificidade	Média geométrica linear
≥0	10	0	0
>0	98,3	1,68	1,652784
>1	96,7	7,56	7,315056
>2	93,5	13,45	12,577095

>3	92,9	24,37	22,656789
>4	89,1	31,09	27,729171
>5	84,8	38,66	32,806876
>6	81,0	46,22	37,475176
>7	78,3	51,26	40,177588
>8	72,4	60,5	43,82015
>9	69,1	62,18	43,022342
>10	64,3	68,91	44,322912
>11	61,0	71,43	43,629444
>12	56,2	76,47	42,991434
>13	54,0	78,99	42,694095
>14	49,7	82,35	40,952655
>15	46,4	84,03	39,065547
>16	42,1	85,71	36,135336
>17	37,	89,08	33,22684
>18	31,3	89,92	28,18992
>19	29,1	90,76	26,492844
>20	28,1	91,6	25,74876
>21	25,9	93,28	24,20616
>22	24,3	95,8	23,29856
>23	21,0	96,64	20,371712
>24	19,4	96,64	18,806144
>25	17,	96,64	16,71872
>26	16,2	97,48	15,811256
>27	14,05	97,48	13,69594
>28	12,97	98,32	12,752104
>29	11,89	99,16	11,790124
>30	11,35	99,16	11,25466
>31	9,73	99,16	9,648268
>32	8,11	99,16	8,041876
>33	7,57	100	7,57
>34	7,03	100	7,03
>35	6,4	100	6,49

>36	5,95	100	5,95
>37	4,86	100	4,86
>38	4,32	100	4,32
>40	3,78	100	3,78
>41	2,7	100	2,7
>43	1,62	100	1,62
>44	1,08	100	1,08
>46	0,54	100	0,54
>48	0	100	0

Discussão

A Tabela 2 mostra que resultados parciais deste estudo e indica que o ponto de corte mais equilibrado sugerido é 10. São encontrados na literatura pontos de corte variados, de acordo com a tabela, e de acordo com o gráfico 3, que apresenta a média geométrica linear das curvas de sensibilidade e especificidade, os pontos de corte entre 9 e 17 apresentam uma zona de aceitabilidade em virtude do pico em que se encontram.

A falta de consenso de ponto de corte para o CDI tem a ver com estarem dentro de uma faixa de acessibilidade, visto que todos os pontos de cortes estão dentro de uma faixa de aceitabilidade. Esses resultados mostram que arbitrar um único ponto de corte para o inventário em questão, tornando-o um teste binário, é limitar o poder de rastrear os sintomas depressivos. Os resultados obtidos sugerem que a melhor forma de utilização do inventário é respeitar o CDI como uma medida contínua, dessa maneira as notas de cortes não deveriam indicar a presença ou ausência de depressão, pois isso empobrece a avaliação do teste, já que exclui a possibilidade de tratar todos os graus dos sintomas depressivos monitorados pelo inventário.

Considerações

Um sistema binário para avaliar os sintomas depressivos não é eficiente, pois tais sintomas deveriam ser avaliados como um gradual e não por um sistema binário.

Somado a utilização do CDI como uma avaliação progressiva as manifestações clínicas devem ser observadas na medida em que reforçariam um cuidado mais específico para determinados indivíduos, que muitas vezes não obtiveram o ponto de corte costumeiramente considerado no CDI.

Referências

Andriola, W. B., & Cavalcante, L. R. (1999). Avaliação da depressão infantil em alunos da pré-escola.

Barbosa, G. A., & Lucena, A. (1995). Depressão infantil. Rev. Neuropsiq. da Inf. e Adol, 3(2), 23-30.

Belisario Filho, J. F., Camargos, P. A. M., Assumpção Jr, F. B., & da Silva, W. A. P. (1999). Prevalência de sintomatologia depressiva em pacientes recém-admitidos em unidade de internação geral de hospital pediátrico. Infanto – VER. Neuropsiq. Da Inf e Adol 7 (3):112-121.

Binagwaho, A., Fawzi, M. C. S., Agbonyitor, M., Nsanzimana, S., Karema, C., Remera, E., ... & Wagner, C. (2016). Validating the Children's Depression Inventory in the context of Rwanda. BMC pediatrics, 16(1), 1.

Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2008). Sintomas depressivos em crianças: estudos com duas versões do CDI. Psicologia: ciência e profissão, 28(3), 574-585.

Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F. D., & Gaião, A. D. A. (1995). Inventário de depressão infantil-CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. J. bras. psiquiatr, 44(7), 345-349.

Hallak, L. R. L. (2001). Estimativa da prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede pública de Ribeirão Preto (Dissertação de Mestrado), Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

Hanley, J. A., & McNeil, B. J. (1982). The meaning and use of the area under a receiver operating characteristic (ROC) curve. *Radiology*, 143(1), 29-36.

Kovacs M. Children's depression inventory: technical manual update. Toronto: Multi-Health Systems; 2003.

Martinez, E. Z., Louzada-Neto, F., & Pereira, D. B. B. (2003). A curva ROC para testes diagnósticos. *Cad Saúde Coletiva*, 11(1), 7-31.

Pencina, M. J., D'Agostino, R. B., & Vasan, R. S. (2008). Evaluating the added predictive ability of a new marker: from area under the ROC curve to reclassification and beyond. *Statistics in medicine*, 27(2), 157-172.

Wathier, J. L., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.

O TESTE HTP EM UM GRUPO DE ADOLESCENTES NA CONCLUSÃO DO ENSINO MÉDIO²⁹.

Luciana Torquato³⁰

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo³¹

Esta pesquisa se baseou no emprego do Teste de Desenho da Casa Árvore Pessoa – HTP na observação de 73 adolescentes entre 16 e 18 anos. Buscou evidenciar a sensibilidade do Teste HTP para delinear e captar características desse período da vida e outras peculiaridades contidas neste grupo. Investigou a personalidade por meio da expressão gráfica, evidenciando sua estrutura, bem como indícios situacionais da vida dos participantes. Nesse contexto foi considerado o mecanismo de projeção, sublinhando que as emoções e os sentimentos, principalmente os percebidos de forma inconsciente, podem ser expressos externamente, bem como identificar aspectos que podem indicar presença de psicopatologias. Foram empregados os instrumentos: Teste HTP, inventário de depressão e de ansiedade de Beck, para comparação dos resultados ambos se mostraram equivalentes, evidenciando a proporcionalidade das medidas. Os sintomas pontuados pelos participantes nas escalas de Beck foram evidenciados nas expressões gráficas do Teste HTP, apontando para a sensibilidade da técnica ao objetivo proposto. Sendo possível considerar que as experiências de vida repercutem na estruturação da personalidade, o Teste HTP vem confirmando o apontamento dos aspectos latentes e estruturação do ego na expressão gráfica, bem como o sujeito se estrutura em suas experiências de vida.

Palavras-Chave: TESTE HTP; ADOLESCÊNCIA; AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA.

INTRODUÇÃO

²⁹ Parte de monografia aprovada na conclusão do Curso de Especialização de Psicopatologia da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

³⁰ Psicóloga – autora da pesquisa

³¹ Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica do IP USP - orientadora

Esta pesquisa procurou evidenciar o Teste do Desenho da Casa Árvore Pessoa – HTP na observação de adolescentes durante o curso do terceiro e último ano do Ensino Médio, no decorrer do primeiro semestre do ano de 2016, em uma escola pública estadual de uma cidade da região metropolitana do Estado de São Paulo. Considerando que todas as fases do desenvolvimento humano têm suas peculiaridades, esta em especial cuja faixa etária abrange em média os 16 e 18 anos de idade, evidencia o importante processo de identidade, que não surge tempestivamente, mas decorre gradualmente desde as fases de desenvolvimento anteriores.

Para esta análise se faz imprescindível compreender o contexto em que se desenvolve a adolescência, associando o desenvolvimento biológico do adolescente e toda sua participação no contexto histórico e na construção e desenvolvimento da sociedade brasileira. Através desta pesquisa busca-se evidenciar o quanto o Teste HTP é sensível para delinear esse período da vida, bem como outras características contidas neste grupo.

1.1 Adolescência e identidade

O conceito de adolescência é amplo e pode ser abordado por várias perspectivas. De acordo com Ariès (1981) um dos principais pontos do conceito de adolescência é observado no âmbito social, construído historicamente, desenhando essa estapa da vida entre o final da infância e início para a vida adulta.

Trata-se de um processo amplamente complexo, desde a concepção social à qualificação biológica do desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ou seja, na concepção biológica a adolescência compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos (UNICEF, 2011), demarcados pelos sinais da puberdade. De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) Lei nº-8.069 de 13/07/90, uma concepção mais abrangente histórica e socialmente é considerado adolescente o indivíduo entre 12 e 18 anos de idade.

Esta etapa é bem caracterizada pelas alterações biológicas, psicológicas e sociais, bem como, é moldada pelo contexto e por isso delineiam um período impreciso e imprevisível, exatamente por estar hibridizado na cultura e a constantes influências grupais e comportamentais (Aberastury, 1971; Tardivo, 2013, 2016).

É possível observar que o termo crise tem grande destaque no senso comum e nas discussões acadêmicas, tanto no que se refere à adolescência, quanto ao referir

sobre identidade. Erikson (1976) compreende a crise de identidade como um momento de inquietude e incompletude à busca do crescimento e da conquista de novos espaços. Além de ser o período em que o adolescente está mais próximo da sociedade e da atualidade, ou seja, seu psiquismo está atuando no tempo presente, no que diz respeito a sua identidade, mais do que se relacionando às relações infantis e familiares primárias.

Erikson (1976) amplia o conceito de identidade observando que o sujeito se desenvolve a partir de sua história de vida e que o termo crise acompanha esse desenvolvimento teórico. Porém, muito interessante destacar que o termo crise está mais associado ao ritual delineado socialmente para a concretização de um papel social, deixando de lado toda a possibilidade de crescimento e criatividade. Talvez seja possível considerar que na atualidade a crise está no papel social do adolescente, atribuído e validado pela cultura para esse período da vida.

Oliveira e Silva (2011) destaca as mudanças ocorridas nas estruturas sociais dentro das várias relações institucionais, socioeconômicas, escolares e familiares até a modernidade no que se refere à adolescência e o trabalho. Neste sentido, é importante observar que a adolescência sempre foi alvo de preocupações das autoridades governamentais, exatamente por serem pontos chave à conservação da continuidade e harmonia dos processos sociais instaurados. A necessidade de produção instaurada pelo crescimento da industrialização no Brasil (décadas de 1970 e 1980) decorreu para a ocupação dos adolescentes à mão de obra, o trabalho se tornou ferramenta corretiva para nortear o controle de comportamentos dos adolescentes (Alberto et al., 2008).

Com a consolidação da Doutrina da Proteção Integral na Constituição Federal de 1988, em seu art. 277, além do ECA, possibilitou também a regulamentação de outras políticas setoriais que passaram a garantir os direitos das crianças e adolescentes, o Sistema Único de Saúde (SUS) Lei nº 8.080/1990, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) nº 8.742/1993 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) nº 9394/1996, todos tendo como princípios a descentralização política e administrativa e a participação da sociedade.

No decorrer do desenvolvimento da sociedade brasileira a adolescência protagonizou com o controle da ordem social estabelecida politicamente, com o mundo do trabalho e com o progresso da industrialização, mesmo que essa interação tenha ocorrido de maneira inconsequente e sem a integridade dos direitos que só

foram sendo conquistados no decorrer dos anos (Alberto et al., 2008). Pouco a pouco a escola foi sendo notada como ferramenta importante e necessária para qualificação de mão de obra e consequente fortalecimento e desenvolvimento da economia e da tecnologia (Nascimento, 2007).

A trajetória histórica do Ensino Médio dentro do contexto da escolarização brasileira desenha essa demanda e exemplifica a subdivisão que configura esta etapa de escolarização. O Ensino médio foi remodelado inúmeras vezes conforme as necessidades políticas que foram ocorrendo (Darli & Meneghel, 2009).

Diante da história fica evidenciado que o acesso a escolarização para a população em geral foi inicialmente designada para o trabalho e acentuou a subdivisão de classes sociais, selecionando a população entre aqueles que desenvolveriam atividades intelectuais e os que realizariam os trabalhos manuais, baseado na classe social que pertenciam. Desta forma se caracterizou a diferenciação entre escolas, currículos e disciplinas educacionais (Nascimento, 2007).

Observar as pesquisas sobre o tema é concluir que as modificações e atualizações da legislação que regulamentaram a base educacional no Brasil avançaram, porém é possível ressaltar que o desenvolvimento social foi hibridizado pelo processo educacional e pela consideração que se deu à escola na sociedade brasileira. Conforme discorre Nascimento (2007), a desigualdade de acesso e permanência no ciclo educacional de qualidade, influencia e identifica a desigualdade no acesso à cidadania e ao mercado de trabalho.

1. 2 O Teste do Desenho da Casa Arvore Pessoa -HTP

O Desenho da Casa-Arvore-Pessoa (HOUSE-TREE-PERSON, H-T-P) configura-se como um teste que utiliza a expressão gráfica através de técnica projetiva para investigar a personalidade do sujeito, evidenciando traços da estrutura da personalidade, bem como indícios situacionais da vida do sujeito analisado (Buck, 2003).

O uso do Teste HTP possibilita a análise de diversas instâncias da personalidade, os conteúdos mais primitivos são encontrados na figura da árvore, e os mais atuais na figura humana. Durante a análise das imagens são avaliados aspectos que podem indicar presença de psicopatologias ou possibilidades prognósticas (Ocampo, Arzeno, Piccolo & cols., 2011).

Tardivo (2016) ao reunir diversos autores, teses e estudos sobre o Teste HTP remata de modo geral e abrangente que é possível considerar o desenho da casa como reprodutor do desenvolvimento do sujeito, sendo observáveis as formas mais primitivas do ego; o desenho da árvore está relacionado ao crescimento e sua estrutura emocional; e a figura humana expressa a integração da personalidade, suas características mais atuais e de relacionamento. As figuras são observadas analiticamente pelas características formais e de conteúdo.

2. JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS

Segundo Habigzang et al (2008) os testes projetivos, além da efetividade do processo diagnóstico clínico, são facilitadores no acolhimento e suporte às questões enfrentadas pelo sujeito analisado, independentemente de sua demanda. Dar ênfase à qualificação deste instrumento projetivo gráfico, reforçar e complementar pesquisas na área de observação e aprimoramento da avaliação psicológica junto a adolescentes e seu desenvolvimento vital justifica a realização desta pesquisa.

Tendo como principal objetivo verificar se o Teste HTP é sensível para captar características de determinados momentos e/ ou etapas da vida, esta pesquisa recortou o cenário dos adolescentes que estavam cursando o terceiro ano do ensino médio na rede pública.

Como ferramenta comparativa, também foi aplicada as Escalas de Beck, BAI e BDI II, que visam medir a presença e o grau de depressão e de ansiedade dos participantes. A aplicação das Escalas objetivou comparar os resultados entre o teste gráfico e os inventários de depressão e ansiedade da amostra, dessa forma apontando a capacidade do Teste HTP em indicar as condições clínicas do analisado.

3. MÉTODO

3.1 Participantes:

A pesquisa foi realizada com 73 adolescentes, de ambos os sexos, na faixa etária entre 16 e 18 anos, que estavam cursando o terceiro ano do ensino médio em uma escola pública estadual do Estado de São Paulo.

3.2 Procedimentos:

a) Contato com Coordenadores e Diretores da Instituição de Ensino, manifestação de consentimento por meio do Termo assinado.

b) Contato com pais ou responsáveis, no caso dos adolescentes menores de 18 anos e autorização através de assinatura do Termo de Consentimento.

c) Entrevistas individuais com os adolescentes, em que foram explicitados os objetivos da pesquisa e após o rapport foram convidados a fazer os Desenhos da Casa Árvore Pessoa, em seguida, solicitados que respondessem aos inventários de ansiedade e de depressão. Esses procedimentos levaram em média uma hora de atividade e foi realizado sob a orientação de um psicólogo com experiência.

Após o período de aplicação, os dados foram reunidos, categorizados, tabelados e analisados. A análise foi estritamente realizada conforme as orientações e classificações contidas nos manuais dos respectivos testes.

3.3 Instrumentos:

a) Teste do Desenho da Casa Árvore Pessoa – H.T.P.: As características e funcionalidades do Teste H.T.P. foram descritas no capítulo introdutório.

b) Escalas de Beck: Inventário de Depressão – BDI-II e Inventário de Ansiedade – BAI

As Escalas de Beck são instrumentos de propriedade psicométrica elaboradas por Beck e colaboradores, o BDI – Inventário de Depressão de Beck foi elaborado em 1961 e o BAI – Inventário de Ansiedade de Beck em 1988. Ambas tem sido utilizadas em grande escala nas pesquisas com amostras não-clínicas e população em geral. Considerando que a ansiedade e a depressão são comumente coincidentes, a utilização combinada pode favorecer uma visão ampla de possíveis sinais e sintomas (Cunha, 2015).

4. RESULTADOS

No Teste HTP, a amostra apontou que cerca da metade dos participantes desenharam a casa e a figura humana no tamanho pequeno, evidenciando características como retraimento e insegurança, tendência à regressão e descontentamento (Buck, 2003).

Quanto à localização dos desenhos os quadrantes centrais surgiram em maior evidência, indicativo de equilíbrio, também podendo apontar para personalidade com traços de rigidez (Hammer, 1981; Buck, 2003).

Desenhar a linha de base nas figuras é indicador de insegurança, foi possível observar que 36,98% dos participantes desenharam a linha de base no desenho da casa e 43,83% no desenho da árvore, 16,43% na figura humana. De modo geral os desenhos da casa surgiram de forma mais completa; os desenhos da árvore em sua maioria não apresentaram a raiz e a figura humana apresentou-se de forma mais incompleta.

O Inventário de Depressão apontou que 27% dos participantes obtiveram indicativo de grau moderado e 16% estão indicando grau grave para depressão.

Os resultados do Inventário de Ansiedade apontou que 32% obtiveram indicativo de grau moderado e 17% atingiram quadro grave de ansiedade.

5. DISCUSSÃO

Os resultados do Teste HTP demonstraram que os adolescentes observados apresentam grande insegurança e retraimento nos aspectos de desenvolvimento do ego e afetos familiares. Em complemento, indicadores também apontam esforços dos adolescentes para suprir a consequente tensão no aspecto emocional, decorrida do sentimento de insegurança, buscam expandir o ambiente que ocupam e sua autovalorização, segundo as colocações sobre esses aspectos em Buck (2003) e Hammer (1981).

Esse movimento facilita a compreensão desta fase do desenvolvimento, os resultados ilustraram claramente o fenômeno denominado crise da adolescência nas expressões gráficas dos participantes. A referida crise argumentada tecnicamente na introdução da presente pesquisa revelou-se de forma gráfica diante da análise, transparecendo suas amplas facetas e sua funcionalidade.

Outro dado importante é a recorrência dos indícios de imaturidade, impulsividade, rigidez e depressão de humor. Estes sinais estão intimamente ligados ao grau de ansiedade, insegurança e dificuldades em lidar com as frustrações decorrentes de suas limitações. Neste caso, a outra faceta da crise, com efeito, não saudável pode trazer dificuldades para lidar com os desafios, já que sentimentos como a angústia constituem parte desta experiência e precisam da criatividade para produzir boas realizações (Erikson, 1976).

Cabe considerar que Erikson (1976), ao discutir sua tese sobre identidade, aponta para as características do grupo social que reflete na individualidade das pessoas, contudo, os grupos maiores influenciando subgrupos, até alcançar a individualidade.

Se observarmos as mudanças das práticas e papéis dos indivíduos na atualidade, que migra de um modelo tradicional conservador, veremos seu efeito na edificação da personalidade dos adolescentes.

É importante ressaltar que as hipóteses, o conhecimento técnico e o embasamento teórico uniram-se, necessariamente e de forma eficaz, validando e valorizando as informações extraídas dos dados coletados, podendo assim, concluir e explicitar a sensibilidade do Teste HTP para captar essencialidades de um grupo, bem como possíveis patologias apresentadas pelos indivíduos analisados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao observar o estudo realizado, é possível considerar que os comportamentos que ocasionam uma crise, no período de consolidação de identidade, também pode dar origem à depressão e ansiedade nos adolescentes.

Esta pesquisa levantou reincidentes dados que ilustram a demanda dos adolescentes por apoio emocional. Ainda, pode-se concluir que, analisar de maneira generalizada o grupo, limitou o conhecimento de detalhes mais refinados sobre os sintomas apresentados. Para alcançar essas informações, se faz necessário novas pesquisas em outro viés metodológico.

A presente pesquisa atingiu os objetivos e verificou a amplitude do Teste HTP, sua funcionalidade retratando as projeções do ego, seja no âmbito inconsciente e seus registros primitivos ou nas vivências atuais. Sendo possível considerar que as experiências de vida repercutem na estruturação da personalidade, o Teste HTP veio confirmando o apontamento dos aspectos latentes e estruturação do ego na expressão gráfica, bem como o sujeito se estrutura em suas experiências de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aberastury, A. (1971) *Adolescência*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

Alberto, M. F. P., Almeida, D. R., Dória, L. C., Guedes, P. C., Sousa, T. R., & França, W. L. P. (2008). O papel do psicólogo e das entidades junto a crianças e adolescentes em situação de risco. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28 (3), 558-573.

Ariès, P. (1981) *História Social da Criança e da Família*. (2ªed.) Rio de Janeiro, RJ: Guanabara.

Beck, Aaron T.; Steer, Robert A.; Brown, Gregory K. (2012) *Manual do Inventário de Depressão de Beck – BDI – II*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Brasil (1990) *Lei 8.069 de 13/07/1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Secretaria especial dos Direitos Humanos da Presidência da República*.

Buck, J. (2003) *Casa-Árvore-Pessoa. Técnica Projetiva de Desenhos – HTP: Manual e Guia de Interpretação*. (1ªed) São Paulo, SP: Vetor.

Cunha, Jurema Alcides (2015) *Escalas de Beck*. (1ªed) São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Darli, V.R.; Meneghel, S.M. (2009) Caminhos Percorridos Pelo Ensino Médio. *PUCPR*, Publicação em anais.

http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2009/anais/pdf/3294_1919.pdf

Erikson, E. (1976) *Identidade, juventude e crise* (2ªed.) Rio de Janeiro, RJ: Zahar.

Habigzang, L. F.; Dala Corte, F.; Hatzenberger, R.; Stroehel, F.; Koller, S.H. (2008) Avaliação de um modelo de intervenção psicológica para meninas vítimas de abuso sexual. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 24, (1), 67-75.

Hammer, E.F. (1981) *Aplicações clínicas dos Desenhos Projetivos*. Rio de Janeiro, RJ: Interamericana.

Nascimento, M.N.M. (2007) Ensino Médio no Brasil: Determinações Históricas. *UEPG Ci. Hum., Ci. Soc. Apl., Ling., Letras e Artes*, 15 (1), 77-87.

Ocampo, M L S; Arzeno, M E G; Piccolo, E G & cols (1981) *O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas*. São Paulo, SP: Martins Fontes.

Oliveira e Silva, M. D. (2011) *Entre Proteção e Punição: o Controle Sociopenal dos Adolescentes*. São Paulo, SP: Unifesp.

Tardivo, L.S.L.P.C. (2007) *O Adolescente e Sofrimento Emocional nos Dias de Hoje*. São Paulo, SP: Vetor.

Tardivo, L.S.L.P.C. (2013) *Projeto de Pesquisa: A escala AIDA (Avaliação do Desenvolvimento da Identidade do Adolescente) no Brasil: Tradução. Padronização e Dados Clínicos (em elaboração)*.

Tardivo, L.S.L.P.C. (2016) *Projeto de Pesquisa: Estudos de Validação com o Teste do Desenho da Casa Arvore Pessoa (HTP) em Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência e Menores Infratores (em elaboração)*.

UNICEF (2011) Situação Mundial da Infância 2011
www.unicef.org/sowc2011

A MATERNAGEM E SUAS IMPLICAÇÕES NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

Mariana Ayumi Hosogiri³²

Lorena Joyce Martins de Freitas³³

Resumo

Compreende-se que um indivíduo somente é capaz de se constituir a partir dos cuidados fornecidos pelo ambiente. Partindo desse pressuposto, é possível salientar que no campo da saúde mental as relações estabelecidas nos primeiros anos de vida do indivíduo podem, de alguma maneira, determinar um bom prognóstico em relação à integração desse indivíduo ou alertar sobre possíveis falhas no ambiente, capazes de perturbar um desenvolvimento saudável. A partir do recorte de uma experiência clínica no laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social - PROJETO APOIAR, do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, buscou-se compreender como a Maternagem pode influenciar no modo como um indivíduo estabelece suas relações. Buscou-se também compreender como as falhas ambientais podem deixar marcas no indivíduo, levando-o, muitas vezes, a repetir padrões de comportamento nas próximas gerações. O presente trabalho apoiou-se na teoria winnicottiana para abordar a questão da Maternagem, do ambiente e suas implicações na vida do indivíduo.

Palavras-chave: Maternagem – Ambiente - Transgeracionalidade - Tendência Antissocial

Introdução

Compreende-se que as primeiras relações estabelecidas entre uma criança e sua principal figura de cuidado são o alicerce fundamental da saúde mental. Diversos autores enfatizam a importância de tal relação, dentre eles Melanie Klein, René Spitz, John Bowlby e Donald Winnicott, autor cuja teoria é base para a realização do presente trabalho.

³² Psicóloga ;membro do APOIAR

³³ Psicóloga;membro do APOIAR

Winnicott (1956/1983) trouxe à tona a importância do ambiente para a integração do indivíduo, partindo do pressuposto de que todo indivíduo traz consigo uma tendência inata a crescer, se integrar, se relacionar com os objetos, a amadurecer. O autor, diferentemente da psicanálise clássica, apresenta uma nova perspectiva de olhar sobre a criança, tendo como foco aquilo que chamou relação de objeto, e não mais a sexualidade infantil. Relação de objeto é, de modo abrangente, compreendida por Laplanche e Pontalis (1998, p. 443) como uma expressão usada com muita frequência na psicanálise contemporânea para designar o modo de relação do indivíduo com o seu mundo, relação que é o resultado complexo e total de uma determinada organização da personalidade, de uma apreensão mais ou menos fantasmática dos objetos e de certos tipos privilegiados de defesa.

Segundo Winnicott (1984/2012), as conquistas mais importantes no que diz respeito ao amadurecimento do indivíduo ocorrem na fase mais primitiva do desenvolvimento, na qual o bebê é completamente dependente dos cuidados da figura materna (Dias, 2014). Para que estas conquistas se concretizem fazem-se necessárias condições externas adequadas, ou seja, um ambiente suficientemente bom. A criança imatura necessita de dois importantes aspectos de cuidado: a mãe-ambiente, figura de cuidado ativo, responsável por afastar do bebê as imprevisibilidades, e a mãe-objeto, figura responsável por satisfazer as necessidades urgentes do bebê. Quando o ambiente é capaz de proporcionar a sustentação necessária para que a criança se desenvolva, ela é capaz de iniciar um processo de integração entre estas duas figuras. Tal processo de integração é a base para que o indivíduo possa desenvolver a capacidade de envolvimento, essencial à vida em sociedade, relacionadas de modo positivo com o senso de responsabilidade (Winnicott, 1984/2012).

Em condições favoráveis, a mãe é capaz de manter-se fisicamente disponível e exclusivamente preocupada com seu bebê, sobrevivendo a seus ataques e mantendo-se empática. Essa experiência com a figura materna propicia à criança o desenvolvimento de uma integração do ego, integração psicológica e uma unidade física contida pela pele, além da capacidade de reconhecimento da mãe como pessoa total. De outro modo, se a figura materna não é capaz de sobreviver aos ataques do bebê ou fracassar em proporcionar uma oportunidade confiável para

reparação, a capacidade de envolvimento não se desenvolve, sendo substituída por angústias e defesas cruas (Winnicott, 1984/2012).

No momento de dependência absoluta ou relativa, o bebê, a partir das experiências de cuidado suficientemente bom, consegue realizar algumas tarefas e, em obtendo êxito, suas conquistas acabam por constituir as bases fundamentais de sua personalidade e seu psiquismo (Dias, 2014). Contando com tal ambiente e a partir dessas pequenas conquistas (tornando-se cada vez menos dependente), o bebê começa a constituir, a partir desta um senso de si-mesmo, sendo que esse “estado de unidade é a conquista básica para a saúde no desenvolvimento emocional de todo ser humano” (Winnicott, 1968/1989, p. 47).

Pode-se dizer que, inicialmente, o bebê vive em uma realidade subjetivamente concebida, desenvolve a capacidade de transitar entre o subjetivo (mundo interno) e o mundo objetivo (mundo externo), construindo, a partir dessas experiências, o si-mesmo, separando-se da mãe, vista agora como um não-eu, para assim ser capaz de perceber a realidade externa (Dias, 2014). O desenvolvimento da criança, portanto, caminha da dependência rumo à independência e é constituído através das relações estabelecidas com os primeiros objetos. O ambiente fornecido pela figura principal de cuidado é um fator determinante para a constituição de um indivíduo saudável, bem como o suporte da figura materna mostra-se fundamental para a vivência de situações de segurança e amparo. A qualidade da provisão ambiental mostra-se um requisito básico para que o indivíduo desenvolva sua autonomia e possa viver em uma realidade externa compartilhada.

Desenvolvimento do tema

Em meio aos casos atendidos pelo APOIAR, foi recebida uma menina, Flora³⁴, na época com 11 anos, em situação de acolhimento institucional. A menina foi encaminhada para a rede de assistência, pois havia sido agredida pela mãe, Margarida, 27 anos. Margarida relatou ter agredido a filha em uma tentativa desesperada de educá-la. Após o incidente, sentiu-se culpada e foi ao Conselho Tutelar denunciar a si própria. Margarida ficou presa durante seis meses e, assim que saiu do sistema prisional, iniciou o processo de recuperação da guarda de Flora.

³⁴ Nome fictício - atendimento realizado com autorização dos responsáveis.

A pedido da instituição de acolhimento iniciou-se o atendimento de Flora e, posteriormente, os atendimentos conjuntos para auxiliar no processo de reaproximação entre mãe e filha. Margarida compareceu aos atendimentos de forma constante e pontual, mostrou-se bastante disposta a recuperar a relação com a própria filha. A reaproximação ocorreu de modo satisfatório e Flora voltou a morar com sua mãe, sendo que ambas continuaram em atendimento no laboratório, porém individualmente.

Em relatos colhidos da instituição de acolhimento e de Margarida, soube-se que as divergências com a filha se acirraram após a morte da avó materna, antes do episódio de violência. Levando em consideração os apontamentos das pacientes, chegou-se à conclusão de que esta avó representava a figura de cuidado principal de Flora, dadas as circunstâncias do nascimento da menina. Margarida contava com 16 anos na época em que a filha nasceu, tendo rejeitado durante a maior parte da gravidez a ideia de ter um bebê, aceitando somente prestes a dar a luz.

Segundo Winnicott (1956/1982), sendo a mãe o fator ambiental fundamental ao desenvolvimento do bebê nos períodos de dependência absoluta e relativa, esta deve se encontrar em um estado psicológico especial denominado preocupação materna primária. Este estado, no qual a mãe encontra-se durante a gravidez e, de modo mais acentuado, quanto mais próximo o término da gestação é caracterizado por um período de retraimento, onde determinado aspecto de sua personalidade se manifesta temporariamente através de uma sensibilidade exacerbada, tornando-se a mãe capaz de preocupar-se exclusivamente com seu bebê.

Quando a mãe é capaz de vivenciar a preocupação materna primária, existe a possibilidade de que esta se identifique com seu bebê, podendo ser empática e proporcionar aquilo que o filho necessita para sentir-se seguro, facilitando assim a vivência dos primeiros momentos de vida da criança, amenizando o impacto das ansiedades primitivas e garantindo sua continuidade de ser (Winnicott, 1956/1982). Como observado no caso de Margarida e corroborado por Winnicott (1956/1982), nem todas as mulheres são capazes de ingressar nesse estado especial assim que descobrem a gravidez e, muitas só o conseguirão fazê-lo após o nascimento do bebê, em função de preocupações de ordem externa que não podem ser relegadas prontamente. Nestes casos, a mãe terá de se haver com um longo período de adaptação às crescentes necessidades do filho.

O relato de Margarida sobre sua relação com a própria mãe também aparece como fator fundamental para a compreensão de sua dificuldade de assumir o papel materno. Margarida foi cuidada principalmente pela irmã mais velha, enquanto a mãe se dedicava a dois empregos para sustentar as três filhas, só aparecendo em casa pela noite, no momento em que as filhas já estavam dormindo. Margarida cresceu sem nenhuma figura paterna como referência, tendo na mãe uma figura responsável pela sustentação financeira da família e por manter a ordem, através da violência física.

Levando em consideração este relato, sua relação familiar e a questão da vulnerabilidade social, é possível inferir que Margarida tenha proporcionado para filha o que recebeu de sua mãe, aquilo que estava disponível a partir de suas próprias experiências. Margarida, assim como sua mãe, não contou com uma referência paterna para a filha, tendo Flora mantido contato com o pai em um momento remoto de sua vida, não sendo capaz de se lembrar do genitor.

A relação entre Margarida e a própria mãe apresenta diversas semelhanças com a relação que esta estabelece com Flora, repetindo padrões aprendidos e revisitando experiências previamente vivenciadas. Este aspecto foi compreendido como uma transmissão transgeracional, essencial à compreensão do caso e explicitada por Araújo (2002, p. 1) como a linguagem que atravessa gerações, inserindo marcas no sujeito do inconsciente fazendo com que esse sujeito se posicione no discurso a partir de um lugar no qual vai se relacionar com o outro. Estas marcas podem ser traumáticas ou não, ficam no imaginário da família anterior e vão se inscrevendo no psiquismo da próxima geração, são marcas que se repetem.

Além da repetição de diversos aspectos da dinâmica relacional com própria figura materna, Margarida demonstrou dificuldade de assumir o papel materno, tendo em diversos momentos delegado os cuidados de Flora à própria mãe. A avó foi reconhecida por Flora como sua principal figura de cuidado, enquanto com Margarida a relação se dava em âmbito fraterno. A partir da análise da relação estabelecida por Margarida com a própria filha, Basaglia e Souza (2015) lançam luz para que se possa hipotetizar que Margarida não foi capaz de assumir plenamente os cuidados da filha por manter um funcionamento psicoafetivo imaturo; não sendo capaz de auxiliar

Flora a superar suas dificuldades e perpetuando a dinâmica vivenciada previamente, em sua família de origem.

Ao longo dos atendimentos foi percebido que Flora manifestava alguns comportamentos preocupantes, que eram motivo de constantes brigas com a mãe. Flora mentia frequentemente, apresentava comportamentos agressivos, em especial com crianças mais novas do que ela e com animais. Segundo os relatos, esses comportamentos de Flora se acentuaram após a morte de sua avó, figura reconhecida pela menina como cuidadora fundamental, pela qual nutria grande afeto, porém, tais comportamentos eram anteriores à morte da avó. Essas manifestações da menina foram compreendidas como comportamentos antissociais que, segundo Winnicott (1984/2012), consistem em algo vivenciado como bom e positivo na experiência da criança, que em algum momento foi perdido. Tais comportamentos seriam uma forma de buscar aquilo que se perdeu, nos momentos em que a criança vivencia esperança.

Existe uma relação direta entre a tendência antissocial e a privação. Quando existe uma tendência antissocial, houve um verdadeiro desapontamento (não uma simples carência), quer dizer, houve uma perda de algo bom que foi positivo na experiência da criança até uma certa data, e que foi retirado, a retirada estendeu-se por um período maior do que aquele do que a criança pode manter viva a lembrança da experiência (Winnicott, 1984/2012, pp. 139-140).

O autor ainda afirma que essas crianças nutrem a expectativa de se fazerem percebidas pelo ambiente, ou seja, essas crianças esperam que o ambiente possa então atendê-las em suas necessidades. Winnicott (1984/2012) salienta que mesmo uma criança comum, que tem a confiança dos pais, irá usar de todos os meios para se impor, colocará à prova seu poder destrutivo, principalmente se desconfiar da estabilidade do lar. Se o lar for capaz de suportar as tentativas da criança de desorganizá-lo, esta irá se tranquilizar e se sentir livre para desenvolver suas atividades infantis. Por outro lado, se o lar não for capaz de prover um quadro de referências estável, ou se este quadro se desfaz, a criança pode perder o sentimento de liberdade, tornando-se angustiada e buscando referências fora do lar em momentos de esperança. A busca por uma referência estável pode se dar na família extensa e até mesmo no ambiente escolar, o fato é que sem esta estabilidade externa a criança pode vir a enlouquecer.

Os comportamentos manifestos por Flora demonstram sua busca por uma estabilidade, uma busca por algo positivo em sua experiência que foi perdido em algum momento de seu desenvolvimento em que a menina não carecia de recursos suficientes para elaborar. Os comportamentos de Flora podem ser, em última instância, compreendidos através do olhar de Winnicott (1984/2012) como um pedido de ajuda, um pedido por pessoas fortes, amorosas e confiantes que possam lhe oferecer algum controle. Flora transgride quando tem esperança, em uma tentativa de restabelecer o controle exterior.

Também nos relatos de Margarida, alguns de seus próprios comportamentos na infância e adolescência podem ser compreendidos através de uma mesma ótica, suas transgressões foram direcionadas majoritariamente ao ambiente familiar, fundamentalmente à figura materna. Mesmo de modo precário, Margarida encontrou sustentação na família, principalmente após o nascimento de Flora. Atualmente, Margarida trabalha em dois empregos para sustentar o lar, preocupa-se em buscar a filha na escola e estar presente nos momentos em que Flora volta para casa, tendo consciência de que está mais presente para filha do que sua mãe esteve.

Flora e Margarida continuam em atendimento e comparecem com afinco e pontualidade, mesmo em meio a conflitos e dificuldades, um indicativo da esperança que depositam no espaço terapêutico que, por sua vez, se propõe a dar a sustentação necessária para que ambas as pacientes possam progredir em seus desenvolvimentos.

Conclusões:

A partir do caso exposto e das contribuições teóricas de Winnicott e seus estudiosos, percebe-se a fundamental importância de uma maternagem suficientemente boa para que o indivíduo se desenvolva na saúde. As vivências de Margarida em sua própria infância e modo como foi cuidada pela mãe se refletem no cuidado que é capaz de prover à própria filha. Embora exista uma tentativa de rompimento com padrões estabelecidos na relação com a própria mãe, Margarida tem apenas a possibilidade de romper com aquilo que está disponível à consciência, sendo fundamental a continuidade do processo terapêutico para que possa transformar sua realidade.

Percebe-se que, para além da dificuldade em maternar adequadamente, a condição de vulnerabilidade social em que a família se encontra se coloca como fator

importante. Tanto a Margarida quanto a própria mãe tiveram que arcar sozinhas com a sustentação financeira da família, dividindo-se em dois empregos para garantir melhores condições de vida para sua prole. Este fato também salienta um problema estrutural quanto ao papel social da mulher, comumente a única responsável pela criação dos filhos.

Os comportamentos manifestos por Flora e a possível tendência antissocial, para além de evidenciar uma falha ambiental, apontam para uma busca por estabilidade e podem ser considerados positivos no que diz respeito à esperança que se mantém de que o ambiente seja capaz de proporcionar referências estáveis de afeto e segurança.

A dificuldade de Margarida na relação com Flora e sua dificuldade em assumir o papel materno evidenciam uma imaturidade psicoafetiva. O trabalho clínico com mãe e filha pretende, portanto, dar sustentação para que ambas possam dar continuidade em seus processos de desenvolvimento; rompendo com padrões previamente estabelecidos e nocivos à relação que estabelecem, à medida que se tornam mais conscientes de suas trajetórias e ações.

Referências:

Araújo, M. L. (2002) O discurso dos pais na clínica psicanalítica com crianças: significantes transgeracionais em questão. Artigo da Coleção LEPSI IP/FE-An 3-Instituto de psicologia da USP (On-line ISBN 85-86736-06-6)

Basaglia, A. E., & Souza, M. A. (2015). Dificuldades de maternagem em um grupo de mães de crianças agressivas. *Psicologia: teoria e prática*, 17(1), 15-25.

Dias, E. O. (2014). A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott. (3.^a ed.) Rio de Janeiro: Imago.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1998). Vocabulário da Psicanálise. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

Winnicott, D. W. (1982). Preocupação materna primária. Em: D. W. Winnicott, *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise*. Trad. J. Russo, (2^a.ed.). Rio de Janeiro: S.A. (Original publicado em 1956).

Winnicott, D. W. (1983). O ambiente e os processos de maturação (2 ed.) Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1989). Eu sou. In D. W. Winnicott. *Tudo começa em casa*. São Paulo: Martins Fontes.

Winnicott, D. W. (2012). Privação e delinquência (5ª ed.) São Paulo: Martins Fontes.

TESTE DE APERCEPÇÃO INFANTIL COM FIGURAS HUMANAS (CAT H) – FIDEDIGNIDADE - E VALIDAÇÃO

Adele de Miguel Marques

Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo

Maria Cecilia de Vilhena Moraes

Silesia Maria Veneroso Delphino Tosi

O CAT H é uma técnica idiográfica de investigação da personalidade, tem sua principal aplicação no contexto clínico . O CAT H deve estar submetido ao método clínico. Bellak e Bellak (1965) desenvolveram a versão do CAT com figuras humanas, que seria mais adequada para crianças mais velhas e de QI mais alto. Os cartões do CAT-H se baseiam no referencial teórico psicanalítico; o CAT H é um descendente direto do TAT. Destina-se a crianças entre 7 anos e 12 anos e 11 meses .Na adaptação à população brasileira, estudos de fidedignidade desse esquema de análise foram feitos, atingindo valores muito satisfatórios nas correlações entre 3 juizes. As pesquisas que possibilitaram a aprovação do CAT incluíram estudos de validade concorrente (grupos contrastantes). O CAT H foi aplicado a dois grupos, um clínico, composto de crianças com histórico comprovado de violência doméstica, e um grupo controle, com crianças sem histórico de vitimização. Houve diferença em todas as comparações entre os dois grupos. .A Validade concorrente foi comprovada a partir de estudos comparativos entre o CAT- H e o TAT, com bons resultados. O CAT H demonstrou ter fidedignidade e se mostrou instrumento válido, aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia para uso pelos profissionais. Porém é preciso muito mais assegurar a boa formação do profissional que o utiliza. É este o principal requisito para o uso adequado do CAT-H (e também do CAT-A) Concluiu-se que o CAT H contribui muito para a compreensão do modo como a criança se percebe, como vê o mundo e diante dele se posiciona.

Introdução

O CAT (do inglês *Children's Apperception Test*) é uma técnica projetiva temática baseada nos mesmos princípios que regem o Teste de Apercepção Temática (TAT) de Henry Murray (1943). Em linhas gerais, o que se pede ao sujeito no TAT e no CAT é que ele narre uma história a partir dos estímulos apresentados. Por esse motivo essas técnicas são denominadas *temáticas*. São instrumentos idiográficos, ou seja, voltados para a compreensão do indivíduo em sua singularidade. (L. Bellak & Abrams, 2010).

É relevante considerar a abordagem teórica do psicólogo que usa o instrumento, pois as deduções realizadas se relacionam com a teoria de personalidade que embasa a interpretação. No caso do CAT, os cartões se baseiam no referencial teórico psicanalítico, adotado pelos autores das técnicas; como as demais técnicas projetivas, fundamenta-se na “hipótese projetiva”, ou seja: quando se apresenta a um indivíduo uma situação com material ambíguo e instruções que oferecem certo grau de liberdade, ele, ao tentar dar conta da tarefa, revelará informações que permitem o levantamento de hipóteses quanto à organização de sua personalidade singular (recursos psicológicos, áreas de conflito, aspectos adaptativos e defensivos).

Após a criação do CAT-A, (L. Bellak & Adelman, 1966). evidências indicaram que algumas crianças respondiam melhor a figuras de animais e outras a figuras humanas. Diante disso, L. Bellak e S.S. Bellak (1965) desenvolveram a versão do CAT com figuras humanas, acreditando ser essa a forma mais adequada para crianças mais velhas e com nível intelectual mais alto.

Para L. Bellak e Abrams (1997), o CAT H permite conhecer a estrutura afetiva da criança, a dinâmica de suas reações diante de seus desejos e dos problemas que enfrenta, assim como o modo como procura resolver essas questões. Destina-se a

crianças entre 7 anos e 12 anos e 11 meses – a faixa etária dos participantes dos estudos brasileiros realizados com vias de atualizar e atender as exigências do Conselho Federal de Psicologia para o uso e a comercialização de instrumentos psicológicos.

Abaixo são descritos os cartões que o compõem e os temas esperados para cada um. (L. Bellak & Abrams, 1997).

Cartão 1. *Três crianças estão sentadas em volta de uma mesa, sobre a qual está uma tigela grande de comida. Mais para o canto, pode ser vista uma figura humana adulta difusa.*

Necessidades orais e gratificação oral são os temas que costumam ser evocados por esse estímulo. O adulto pode ser percebido como pai ou mãe.

Cartão 2. *Uma criança puxa uma corda em uma ponta, enquanto outras duas crianças, uma delas bem menor, puxam na outra ponta.*

A cena geralmente é percebida como uma brincadeira e não como um embate. A criança menor costuma ser identificada como menino.

Cartão 3. *Um homem, portando um cachimbo e uma bengala, está sentado em uma cadeira; à direita, uma criança sentada no chão olha para ele.*

O estímulo explora a relação com a figura paterna, que costuma ser vista como alguém que ajuda a criança ou a ignora. A criança tende a ser vista como do sexo masculino.

Cartão 4. *Uma mulher leva uma cesta com uma garrafa de leite em uma das mãos, enquanto segura um bebê com a outra; em uma bicicleta, está uma criança um pouco maior.*

Esse cartão costuma produzir histórias positivas nas quais as personagens vão fazer um piquenique ou passeio. A mulher é identificada como a mãe, a criança na bicicleta

costuma ser vista como um menino e o bebê, quando mencionado, tende a ser percebido de modo positivo.

Cartão 5. *Um quarto escuro, com uma cama de casal ao fundo; no primeiro plano pode-se ver um berço com duas crianças.*

O sono é o principal tema evocado por esse estímulo. As crianças tendem a ser vistas como dormindo. Os pais na cama costumam ser mencionados. O estímulo remete à cena primária.

Cartão 6. *Uma tenda onde, em segundo plano, dormem duas pessoas; no primeiro plano, pode-se ver uma criança acordada que olha para fora.*

O cenário costuma ser identificado como acampamento e a temática mais frequente é a do sono. Temas de ameaças reais ou temidas podem ser evocados. A criança tende a ser vista como do sexo masculino.

Cartão 7. *Uma figura humana grande e assustadora inclina-se em direção a uma criança. Um caldeirão fumegante encontra-se presente.*

O tema de ameaça é frequentemente evocado por esse estímulo. A criança, quase sempre identificada como um menino, é atacada ou foge.

Cartão 8. *Dois adultos estão sentados em um sofá, tomando chá. Um adulto, no primeiro plano, sentado em um pufe, está falando com uma criança.*

O tema da repreensão é o mais comum nesse cartão. A criança costuma ser percebida como um menino e a figura que repreende como a mãe.

Cartão 9. *Um quarto escuro é visto por uma porta aberta, a partir de um ambiente iluminado. No quarto há uma cama, na qual há uma criança que olha para a porta.*

Histórias em que a criança está com medo ou assustada ou não consegue dormir costumam ser evocados por esse estímulo. As ameaças podem ser temidas ou reais.

A criança quase sempre é identificada como um menino.

Cartão 10. *Uma criança está deitada no colo de um adulto que está sentado; as duas figuras têm expressão neutra e estão em um banheiro.*

O estímulo evoca temas associados à higiene e ao controle esfinteriano. A figura do adulto costuma ser vista como a mãe, que ensina ou repreende.

Esquema de análise proposto pelas autoras da adaptação brasileira do CAT-H

Para fins de validação do instrumento junto à população brasileira, adotou-se um esquema bastante próximo ao proposto por L. Bellak e Abrams (1997), a partir do qual é preenchido um formulário que permite o tratamento quantitativo dos dados. O esquema adotado ajuda o iniciante a organizar os dados e possibilita a comparação entre indivíduos e grupos. O esquema avalia oito dimensões: autoimagem; relações objetais; concepção do ambiente; necessidades e conflitos; ansiedades; defesas; superego; integração de ego. Uma nona dimensão, “total” contribui para uma apreciação geral dos recursos em oposição às vulnerabilidades psicológicas do indivíduo (L. Bellak & Abrams, 2010)

O esquema contém os itens relacionados abaixo, que recebem 1 ponto positivo, em caso de avaliação positiva, 1 ponto negativo, em caso de avaliação negativa ou 0 ponto, em caso de dados insuficientes para avaliação:

Autoimagem (referente ao herói principal): positiva quando o herói apresenta características como: bom, corajoso, bonito, capaz, adequado; negativa quando o herói é visto como incapaz, mau, inferior ou outras que indiquem sentimentos de desaprovação ou rejeição.

Relações objetais: positivas quando as figuras parentais representadas denotam aceitação, compreensão, proteção e afeto; negativas quando essas figuras provocam sentimentos de insegurança, rejeição, desvalorização.

Concepção do ambiente: positiva quando o ambiente da narrativa indica que o herói se sente valorizado, acolhido e seguro; negativa quando o ambiente indica relações ou situações que geram inseguranças, são inadequadas, não oferecem apoio.

A variável *Necessidades* foi combinada com a variável *Conflitos significativos*, uma vez que as primeiras se referem aos comportamentos do herói (conteúdo manifesto) ao passo que os conflitos consistem na articulação das necessidades identificadas, entendidas como do examinando (conteúdo latente); assim, a identificação dos conflitos se dá a partir da dimensão das necessidades e a contém. São positivas quando as necessidades e conflitos são explicitados com discurso organizado e conteúdo pessoal; negativas quando as necessidades ou conflitos não são expressos (conteúdo pobre) ou estão presentes de modo intenso associado comprometimento da qualidade do discurso.

Natureza das ansiedades: positiva quando associada a expectativas e exigências adequadas que fomentam crescimento, aprovação e busca de solução adequada; negativas quando refletem receio de perda do amor, sentimentos de desaprovação, abandono, falta de apoio, entre outras.

A variável *Mecanismos de defesa* foi avaliada de acordo com a proposta de Haworth (1963). Segundo a autora, o esquema pode ser usado para fornecer uma medida quantitativa grosseira para fins de comparação entre sujeitos e grupos, e oferece uma síntese rápida do número e dos tipos de defesas empregadas pela criança, que podem estar num *continuum*. Assim, defesas mais eficientes em termos de proteção do ego, se encontram no início do *continuum* e indicam alto controle e constrição diante dos estímulos internos e externos (mecanismos adaptativos); as do final do *continuum* indicam desorganização e perda de contato com a realidade, ao lidar com estímulos internos e externos (mecanismos fóbicos, imaturos ou desorganizados),

que se mostram, por esse motivo, mais intensos e ameaçadores. Assim, defesas no espectro dos mecanismos adaptativos são consideradas positivas, ao passo que os mecanismos fóbicos, imaturos ou desorganizados são considerados negativos.

Superego: avaliado como positivo quando se mostra adequado, ou seja, nas narrativas em que o herói ou outros personagens cometem algum deslize, existe punição proporcional à gravidade do delito; negativo quando se mostra ausente (não há qualquer punição) ou rígido (a punição é severa demais diante da gravidade do delito). Nem sempre há evidências suficientes na narrativa para se fazer esse julgamento, situação em que a dimensão recebe 0 ponto, ou seja, não é pontuada.

Integração do ego: positiva se a criança é capaz de conciliar os impulsos e exigências da realidade com as ordens do superego, conseguindo uma solução adequada dos problemas; negativa quando a criança se sente incapaz para solucionar os problemas. Esse item inclui a consideração do desenlace da narrativa, considerado positivo se a criança encontra solução para os conflitos de forma adequada, completa e realista; desenlaces insatisfatórios, irrealistas ou omitidos são considerados negativos.

Número de identificação:	
Sexo:	
Idade:	
Avaliador:	
Cartão:	
CAT-H: ANÁLISE DE CONTEÚDO	
Marcar um ponto positivo se presente	Marcar um ponto negativo se presente
☐ Herói principal: características positivas.	☐ Herói principal: características negativas.
☐ Relações objetais: positivas.	☐ Relações objetais: negativas.
☐ Concepção do ambiente: positiva	☐ Concepção do ambiente: negativa
☐ Necessidades e conflitos: expressos e discurso organizado.	☐ Necessidade e conflitos: não expressos ou presentes de modo intenso com comprometimento da qualidade do discurso.

☐ Ansiedades: mobilizam crescimento e busca de solução de problemas.	☐ Ansiedades: envolvem medo de perda de amor, desaprovação, abandono, falta de apoio.
☐ Defesas: mostram habilidade para lidar com estímulos internos e externos.	☐ Defesas: mostram inadequação ou insegurança para lidar com estímulos internos e externos.
☐ Superego: adequado.	☐ Superego: rígido ou frágil.
☐ Integração do ego: auto percepção positiva na trama, solução adequada de problemas.	☐ Integração do ego: auto percepção negativa na trama, incapacidade de solucionar problemas.
Total:	Total:

Quadro 1. Ficha de avaliação do CAT -H

ESTUDO DE VALIDADE CAT-H

A violência doméstica contra a criança e o adolescente pode representar um verdadeiro fator de risco ao processo de desenvolvimento, com sérias consequências para a vítima, como perturbação da noção de identidade e outros distúrbios de personalidade e de adaptação social. (Tardivo & Pinto Junior, 2012). De maneira geral, a violência doméstica é uma forma de violência subjetiva e interpessoal, na qual o adulto se aproveita de seu poder disciplinador, negando e negligenciando as necessidades e direitos da criança, tolhendo-a de sua liberdade, colocando-a numa posição de mero objeto dos desejos do adulto.

Participaram da pesquisa 95 crianças, sendo 46 (48,4%) do gênero feminino e 49 (51,6%) do masculino. As idades variaram entre 6 e 12 anos ($M = 9,55$; $DP = 1,84$). Essa amostra foi dividida em dois grupos: clínico (crianças com queixa de vitimização por violência física, sexual ou ambas) e controle (crianças que não apresentaram queixa de violência). O primeiro grupo representou 52,6% dos participantes e o segundo 47,4%. A Tabela 1 apresenta a distribuição do gênero dos participantes em função do grupo.

Tabela 1

Distribuição dos participantes por gênero em função do grupo

<i>Grupo</i>	<i>Controle</i>		<i>Clínico</i>		<i>Total</i>	
	N	%	N	%	N	%
Feminino	22	48,9	24	48,0	46	48,4
Masculino	23	51,1	26	52,0	49	51,6
Total	45	47,4	50	52,6	100	100,0

Pode-se verificar pela análise da Tabela 1 que a amostra se encontra distribuída de forma semelhante em relação ao gênero dos participantes, tanto quando se considera o grupo total quanto os grupos de controle e clínico separadamente.

O grupo clínico foi composto por crianças e adolescentes vítimas de violência física ou sexual, atendidos em instituições especializadas nesse tipo de atenção. A condição de vitimização foi dada por autoridades e diretores dessa instituição.

Análise dos dados

Estudos de fidedignidade do esquema de análise foram feitos, atingindo valores muito satisfatórios. Para a presente pesquisa, cada uma das histórias foi analisada conforme o esquema descrito anteriormente, tendo sido atribuídos pontos positivos e negativos a cada dimensão de todas as narrativas de cada participante. Após essa análise, foram obtidos os totais de pontos positivos e negativos para cada uma das categorias avaliadas no CAT-H e calculadas as médias para os grupos clínico e de controle. Para verificar se as diferenças entre médias foram estatisticamente significantes, os valores foram comparados utilizando-se o Teste *t* de Student. Todas as análises estatísticas foram feitas no Software SPSS.

Resultados e Discussão

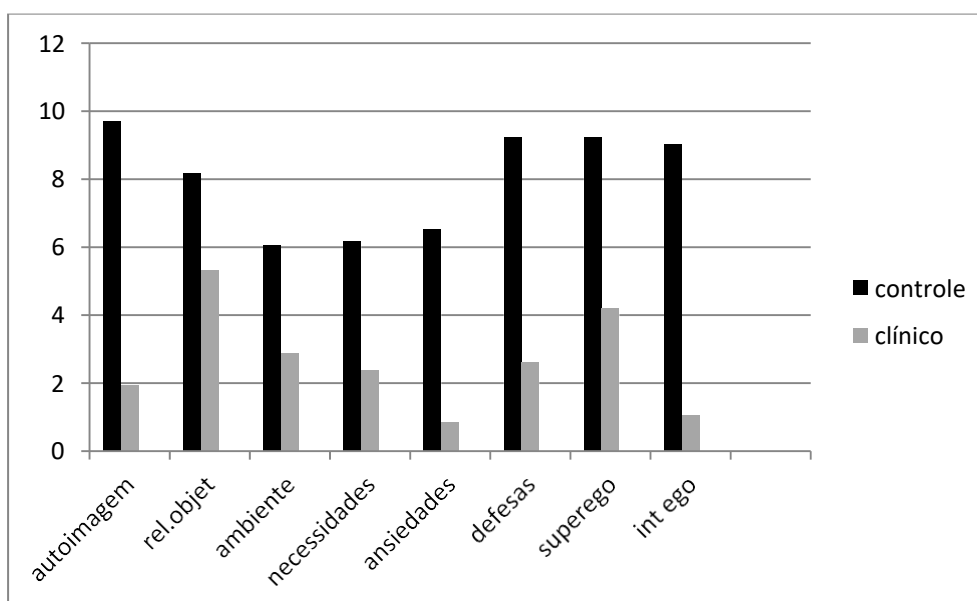
Nas Tabelas 2 e 3 são apresentados os resultados das comparações entre as médias das pontuações positivas e negativas dos grupos controle e clínico.

Tabela 2

Médias, Desvios-padrão e Teste t para o total de pontos em função das repostas positivas dos grupos de controle e clínico

Positivas		Controle	Clínico	t	Significância
Autoimagem	<i>Média</i>	9,69	1,92	22,660**	0,000
	<i>DP</i>	0,67	2,32		
Relações Objetais	<i>Média</i>	8,16	5,32	5,962**	0,000
	<i>DP</i>	1,43	3,01		
Concepção Ambiente	<i>Média</i>	6,04	2,88	6,337**	0,000
	<i>DP</i>	2,14	2,66		
Necessidades conflitos	<i>Média</i>	6,16	2,38	7,517**	0,000
	<i>DP</i>	2,01	2,78		
Ansiedades	<i>Média</i>	6,53	0,84	16,194**	0,000
	<i>DP</i>	2,07	1,18		
Defesas	<i>Média</i>	9,24	2,60	16,714**	0,000
	<i>DP</i>	1,48	2,34		
Superego	<i>Média</i>	9,22	4,20	10,861**	0,000
	<i>DP</i>	1,58	2,81		
Integração do Ego	<i>Média</i>	9,04	1,06	22,945**	0,000
	<i>DP</i>	1,72	1,67		
Total	<i>Média</i>	64,09	21,20	18,209**	0,000
	<i>DP</i>	9,95	12,67		

****** Significantes a 0,01



Quadro 2. Dados positivos nos 8 aspectos – por grupo: controle e clínico

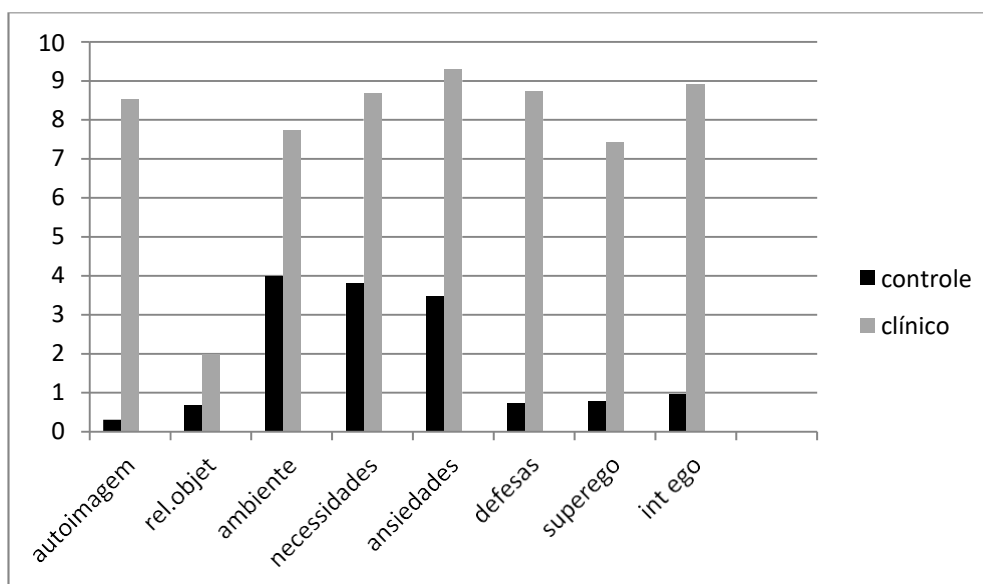
Foram encontradas diferenças estatisticamente significantes em todas as comparações realizadas, sendo todas as médias de pontuações positivas do grupo de controle maiores do que as grupo clínico.

Tabela 3

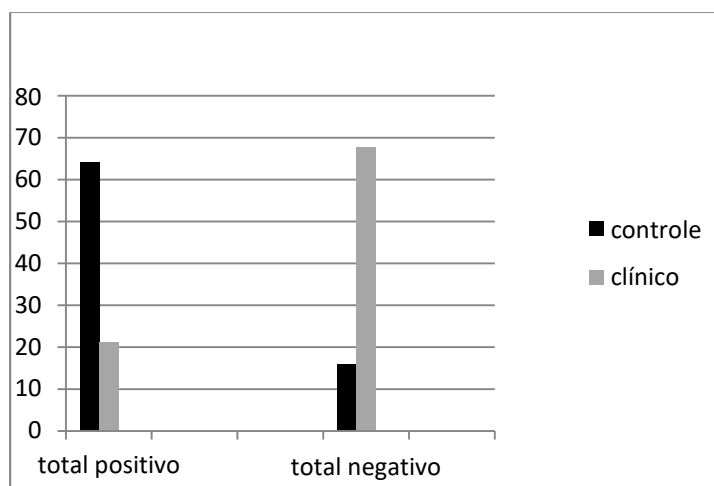
Médias, Desvios-padrão e Teste t para o total de pontos em função das respostas negativas do grupo controle em relação ao clínico

Negativas		Controle	Clínico	t	Significância
Autoimagem	Média	0,31	8,54	-27,541**	0,000
	DP	0,67	1,99		
Relações Objetais	Média	1,84	8,26	-19,138**	0,000
	DP	1,43	1,79		
Concepção Ambiente	Média	3,98	7,72	-8,179**	0,000
	DP	2,15	2,29		
Necessidades conflitos	Média	3,82	8,68	-12,196**	0,000
	DP	2,04	1,84		
Ansiedades	Média	3,47	9,30	-17,236**	0,000
	DP	2,07	0,97		
Defesas	Média	0,73	8,74	-24,135**	0,000
	DP	1,45	1,75		
Superego	Média	0,78	7,42	-15,197**	0,000
	DP	1,58	2,60		
Integração do Ego	Média	0,96	8,92	-22,598**	0,000
	DP	1,72	1,71		
Total	Média	15,89	67,58	23,311**	0,000
	DP	9,94	11,50		

****** *Significantes a 0,01*



Quadro 3. Dados negativos nas 8 dimensões – por grupo: controle e clínico



Quadro 4. Total de pontos positivos e negativos – por grupo: controle e clínico

As médias da pontuação de todas as categorias de análise se diferenciaram estatisticamente quando realizado o teste *t* de *Student*, mas, diferente do observado na tabela anterior, quanto às pontuações negativas as médias foram menores no grupo controle. São muito significativos os resultados obtidos, pois a análise realizada permitiu considerar os efeitos que podem ser notados nas crianças vítimas de violência doméstica em comparação com as sem suspeita de vitimização. As crianças

que compuseram o grupo controle apresentaram mais sinais de autoimagem positiva; as identificações com personagens com atributos positivos excederam, em muito, as observadas no grupo de crianças vitimizadas. As crianças do grupo controle identificaram, nos estímulos, mais situações positivas e personagens que denotaram aceitação, compreensão, afeto, controles adequados. De modo geral, as narrativas das crianças do grupo controle apontaram para boas expectativas associadas às personagens, objetos e situações; elas também apresentaram mais resultados positivos quanto às defesas, à qualidade do superego e à integração do ego na comparação com as crianças vítimas de violência.

Esses dados são confirmados na análise das pontuações negativas, tendo sido encontrados sempre resultados mais elevados entre as crianças vítimas de violência, em todas as dimensões avaliadas. As crianças vitimizadas se ressentem da experiência e apresentaram indicações de autoimagem e relações objetais insatisfatórias. Elas não conseguem desenvolver uma visão de si com aspectos de crescimento e sentem as relações que estabelecem como carregadas também de aspectos negativos, como negligência abandono e hostilidade.

Os resultados confirmaram os prejuízos afetivo-emocionais e psicodinâmicos das crianças vitimizadas: o ambiente e as figuras são percebidos de forma negativa, ou seja, há sérios problemas na qualidade das relações objetais; a vítima não se sente valorizada, acolhida ou segura, e são observados mais sentimentos de insegurança e inadequação. Elas não sentem suas necessidades atendidas, e essa percepção pode trazer sérias consequências na forma como se relacionam e se relacionarão em suas vidas. Destaca-se, aqui, o risco de se identificarem com os agressores e desenvolverem relações baseadas na negligência e abandono, perpetuando, dessa forma, o ciclo da violência. Nesse grupo, as ansiedades são mais fortes e

avassaladoras e as defesas ou são ineficazes ou inexistentes. Essas crianças vivem o abandono, não sentem apoio; os sentimentos de incompetência para realização são reforçados, a auto estima rebaixada e dificuldades na integração do ego se revelam pela incapacidade que têm de dar desenlaces adequados às histórias. Revela-se a incapacidade de conciliar os impulsos e as exigências da realidade, de um lado, com as ordens do superego, de outro: as crianças do grupo vitimizado não são capazes de vislumbrar uma solução adequada dos problemas e apresentam integração de ego fraca. É comum a expressão de sentimentos de impotência, decorrentes da coação e da manipulação constantes no processo de vitimização pelo agressor. O superego vem carregado de aspectos negativos: ou é inexistente ou é ameaçador e punitivo em excesso. Por essas análises são confirmadas as severas dificuldades no desenvolvimento de crianças vítimas de violência doméstica e a urgente necessidade de compreensão desses efeitos a fim de promover intervenções efetivas, o quanto antes possível. Destaca-se ainda a urgência em se desenvolver medidas preventivas, em função dos sérios efeitos da experiência da vitimização, o que a presente pesquisa com o CAT H evidenciou de forma contundente.

Assim, o CAT- H se mostrou bastante sensível aos efeitos da violência, discriminando os dois grupos em todas as análises feitas. As crianças vítimas de violência doméstica as que mais revelam problemas emocionais, de autoestima e de relações interpessoais (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2002) e em pesquisas desenvolvidas em nosso meio com o CAT-A (as pesquisa em nosso meio são as nossas deve ser mantida a equipe)L. Bellak & Abrams, 2010) e outras (Tardivo et al., 2011; Tardivo, Pinto Junior, & Vieira, 2012).

Os resultados obtidos confirmam que a experiência da violência traz sérios problemas na forma como essas crianças encaram as situações e as pessoas mais

relevantes em suas vidas, com prejuízos significativos da confiança e da esperança. A violência doméstica contra crianças e adolescentes deve ser entendida como um processo em que a vontade e os desejos da criança são transgredidos, no qual o território e o espaço corporal da vítima são constantemente invadidos, gerando, assim, insegurança e incapacidade de enfrentamento de situações diversas nos diferentes contextos de vida.

Referências

- Bellak, L., & Abrams, D. M. (1997). *The T.A.T., C.A.T. and S.A.T. in clinical use* (6th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Bellak, L., & Abrams, D. M. (2010). *CAT-A: Teste de apercepção infantil: Figuras de animais* (A. Miguel, L. S. L. P. C. Tardivo, M. C. V. M. Silva, & S. M. V. D. Tosi, Trans., Vol. 1). São Paulo, SP: Vetor.
- Bellak, L., & Adelman, C. (1966). El test de apercepcion infantil (CAT). In A. Rabin & M. Haworth (Eds.), *Técnicas proyectivas para niños* (pp. 65-87). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bellak, L., & Bellak, S. S. (1965). *The children's apperception test*. Larchmont, NY: CPS.
- Bellak, L., & Hurvich, M. S. (2005). *CAT-H: Children's Apperception Test*. Englewood, CO: CPS.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2002). El concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos. In J. Sanmartín (Org.), *Violência contra niños* (pp. 81-106). Barcelona, España: Aries.
- Haworth, M. R. (1963). A schedule for the analysis of C.A.T. responses. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 27, 181-184.

Tardivo, L. S. L. P. C. (2008). Violência contra crianças e adolescentes: Reflexões sobre o pensar e o fazer do psicólogo clínico. In J. T. Rosa & I. F. Motta (Orgs.), *Violência e sofrimento de crianças e adolescentes* (Vol. 1, pp. 187-208). São Paulo, SP: Idéias & Letras.

Tardivo, L. S. L. P. C., Miguel, A., Tosi, S. M. D., Silva, M. C. V. M., Pinto Junior, A. A., Esteves, C., ... Franzim Neto, L. (2011). Teste de apercepção infantil (CAT-A) - forma animal: Estudo de validade com crianças vítimas de violência doméstica. *Anais do Congresso Brasileiro de Avaliação Psicológica - Avaliação psicológica: Avanços e desafios*, 5. Recuperado de http://www.ibapnet.org.br/congresso2011/trabalhos/RESUMO%20Validade_CAT_e_Violencia_domestica.pdf

Tardivo, L. S. L. P. C., & Pinto Junior, A. A. (2012). El test de apercepcion tematica infantil con figuras de animales en la evaluacion psicologica de niños victimas de malos tratos en el hogar. *Psicodiagnosticar*, 22, 13-28.

Tardivo, L. S. L. P. C., Pinto Junior, A. A., & Vieira, F. C. (2012). Avaliação psicológica de crianças vítimas de violência doméstica por meio do teste das fábulas de duss. *Revista de la Asociación Latinoamericana de Rorschach*, 10, 15-40.

SINGULARIDADES DA DOR CRÔNICA

Lúcia de Mello Senra Valle³⁵

Suely dos Santos Vitorino³⁶

Maria Aparecida Mazzante Colacicco³⁷

Leila La Plata Salomão Cury Tardivo³⁸

RESUMO

Este trabalho refere-se ao atendimento a uma paciente com dores crônicas, que surgiram há vários anos. Chama-se Elvira, 65 anos de idade, era a 4ª filha de uma prole de muitos irmãos. Não foi amamentada pela mãe e sentia-se desde o berço, muito abandonada. Os pais eram trabalhadores rurais e mantinham-se ausentes de casa por todo o dia. Elvira, já com 7 anos de idade, trabalhava como doméstica. Sentia-se rejeitada nas brincadeiras infantis, sobrevivendo sentimentos de menos valia. Mudou-se para São Paulo onde se casou e tiveram dois filhos, hoje universitários e empregados. Tem uma netinha. Enfrentou uma situação de roubo, quando em sua casa, uma compradora de ouro deixou cair no chão o cordão com um peixe e ela o escondeu. Foi descoberta pelas vizinhas, sentiu-se desprezada no bairro em que morava, mudando-se para longe dali. Passou a sentir dores na face, dentes, coluna vertebral e joelho, acompanhadas de muita ansiedade, dificuldades para dormir e alimentar-se. Foi encaminhada pela Faculdade de Odontologia para o Projeto de Dor Crônica do Laboratório Apoiar. Com o atendimento psicológico vimos observando efetivas mudanças em seu equilíbrio psíquico.

Palavras- chave: Roubo; Dor crônica; Rejeição; Ansiedade.

INTRODUÇÃO

³⁵ Doutor a em Psicologia Clínica

³⁶ Estudante de Doutorado PSC - IPUSP

³⁷ Doutora, Clínica Psicológica da USP.

³⁸ Professora Associada – Coordenadora do APOIARPUSP

O alfabeto da vida, único é o mesmo na sua mistura de letras, se vê combinado e re combinado sucessivamente até serem escritas as palavras certas. Assim os aspectos de psique e de soma que a pessoa em crescimento possui, envolvem-se em um processo de inter-relação mútua. Esta inter-relação entre a psique e o soma constitui uma fase individual do desenvolvimento. Em um estágio posterior, o corpo vivo com os seus limites e com um exterior é sentido pelo indivíduo como formando o cerne do *self* imaginativo.

A dor foi incluída por Freud, (1923) na teoria dos afetos. Surge do ponto de vista quantitativo, quando um estímulo contínuo ou muito intenso não pode ser evitado através de ações eficazes. Os primeiros escritos da Psicanálise relatam a descoberta de que os sintomas desaparecem , quando o paciente consegue recordar determinados episódios traumáticos: repetir, recordar e resignificar.

É uma história como se um drama real e vivido se desenrola eternamente no momento presente. (Rosa,J.T. 2005). A dor é um sinal de perigo que elicia comportamentos de proteção do *self*. O paciente produz material novo-memórias, fantasias, afetos- que aprofundam tanto a compreensão do analista como a do paciente.(Seelig, J.B. 2000).

A dor e o medo são provavelmente os mais primitivos sentimentos do homem. Os mistérios que envolvem a verdadeira natureza da dor só agora começam a ser desvelados. Os recursos para aliviar a dor precederam de milênios o entendimento de seu mecanismo. Assim, o uso do ópio, datado de 1500 a.C. era considerado remédio de origem divina.Platão e Aristóteles colocavam a dor e o prazer lado a lado como paixões da alma. Essa concepção de Aristóteles foi aceita por 2000 anos e constitui um fator importante no atraso das pesquisas neurofisiológicas e psicológicas que visavam esclarecer em que consistia o fenômeno doloroso.

A partir do século XX, depois de muitas pesquisas e com a tecnologia de mãos dadas com a psicossomática, através de aparelhos muito sensíveis conseguiu-se devassar o interior do organismo, trazendo à tona com precisão através de exames de alta complexidade, as verdades embutidas no sofrimento dos pacientes. Assim sendo foram esclarecidos muitos mistérios que até então traziam dificuldades para um diagnóstico preciso da dor.

Iniciando a nossa experiência analisando um recém-nascido, entendemos que a chance de distorção do curso natural do seu desenvolvimento é grande. Além disso, tudo o que se aplica aos estádios iniciais, também se aplica, até certo ponto, a todos

os estádios , mesmo aos estádios que chamamos de maturidade adulta. Para que haja um desenvolvimento inicial saudável do psique-soma é necessário um ambiente perfeito. Inicialmente a necessidade é absoluta. A mãe boa comum é suficientemente boa. Se ela é suficientemente boa, o bebê será capaz de compensar suas deficiências através da atividade mental.(Winnicott, 1949).

Ampliando, Bion (1960), valoriza a primeira forma do pensar e empenha-se em conhecer as qualidades psíquicas como o resultado de eventos emocionais iniciais entre uma mãe e o seu bebê. A teoria de Bion (1960), traz em si a interessante implicação de que o conhecimento do desenvolvimento psicológico precede o conhecimento do mundo físico e representa uma nova compreensão do pensar como uma das ligações fundamentais entre seres humanos, uma ligação também fundamental para a formação e o funcionamento de uma mente normal.

Pensar é a experiência emocional de tentar conhecer a si mesmo ou ao outro. Dentro dos conceitos de Donald Winnicott prevalece a importância de um ambiente acolhedor e amoroso para se criar um bebê, mas se o ambiente é mau, é mau por não conseguir se adaptar às necessidades do bebê e torna-se uma invasão à qual o psique soma(isto é o bebê) precisa reagir. Essa reação perturba a continuidade da existência do novo indivíduo, (Winnicott,1949).

O ponto teórico nodal, que descreve a transformação do id em ego constitui a área de interseção da Psicanálise com a Medicina Psicossomática. Freud, quando discute a origem da própria mente, estabelece que a atividade corporal origina o id que, em contato com o mundo exterior, diferencia uma capa mais superficial, o ego. Sugere que não só a atividade físico-biológica está representada na mente, mas ela própria se transforma em mente. Assim , o Psicanalista contempla o lugar onde o sistema físico-corporal se transfigura no ser humano-psicológico,(Eksterman, 1992p.78-79). Não existe uma descrição simples das doenças da psique, exceto quando dizemos que clinicamente se trata de um distúrbio do desenvolvimento emocional, mesmo quando a causa é obviamente, a existência de fatores ambientais diversos, (Winnicott,1971). Os Pacientes com dor crônica sentem dificuldades em aceitar a relação triangular do conflito edípico, eliminando dessa forma o terceiro elemento. A relação em dupla é vista como uma única possível, mas idealizada. A figura ausente, “ o morto” é vista como uma figura idealizada e apenas o luto é elaborado, quando conseguem enxergar a relação a três (separação dos dois para se tornar o terceiro ausente). O paciente tem que aceitar que na relação triangular o terceiro tem que

ficar sozinho, elaborar o luto da perda do lugar de ser o único e aceitar a relação triangular da estrutura edipiana. Quando o luto é elaborado, as dores crônicas tendem a diminuir, (Spillus, 1940).

As dores, quando persistem por mais de 6 meses, são consideradas crônicas. Esses pacientes com dores repetitivas, se dirigem primeiramente aos médicos e normalmente após uma série de exames, são encaminhados para tratamento psicológico. Nas entrevistas iniciais, os Psicólogos fazem uma pesquisa para entender a dicotomia entre psique e o soma, levando em conta o paciente quando ainda era criança e os primórdios de sua atividade mental.

Do ponto de vista epidemiológico a dor é mais frequente após os 65 anos de idade; 25 a 80% dos indivíduos com mais de 60 anos apresentam pelo menos um problema de saúde que os predispõe à dor; nos idosos as dores são geralmente crônicas e relacionadas a processos degenerativos; dor articular em 50% dos indivíduos acima de 65 anos; no entanto há tendência de redução da dor torácica e encefálica, (Tonelli,D.p.17).

Desse modo o objetivo deste trabalho é apresentar uma parte do percurso de atendimento a uma paciente com dores crônicas, que surgiram há vários anos e que diminuíram após a psicoterapia.

MÉTODO

Este é um estudo de caso único, em que serão feitas reflexões clínicas com análise qualitativa dos recortes apontados. Para este estudo configurou-se como material fragmentos de várias sessões psicológicas que apontam para a evolução clínica da paciente. Os recortes foram discutidos com a teoria inspirada nos conceitos de Freud, Klein, Winnicott, Bion e outros autores de base psicanalítica.

EVOLUÇÃO CLÍNICA DA PACIENTE

Nome fictício: Elvira, 65 anos, casada, com início dos atendimentos em 10/05/2015. Com queixa de: fortes dores na cabeça, coluna cervical e em todos os dentes. (A Paciente refere que após um acontecimento desagradável em sua casa, passou a sentir todos esses sintomas). Foi ao médico que encaminhou-a para a Faculdade de Odontologia onde fez radiografia panorâmica e outros exames mais complexos de coluna e de crânio e não constatarem nada de anormal, a não ser a gengiva com algumas inflamações. Após o tratamento da gengiva as dores persistiram, a coluna

cervical também começou a doer muito. Iniciou tratamento com vários medicamentos e sem resultados foi encaminhada pela médica para o CAPES, Laboratório APOIAR com um pedido de atendimento com psicóloga. A Paciente sempre se apresenta no horário para os atendimentos psicológicos e prefere ficar sentada no banco ao ar livre. Refere que é muito agradável estar vislumbrando um horizonte distante, sob o acolhimento de árvores frondosas, ouvindo apenas o chilrear dos pássaros, o canto repetitivo e monótono das cigarras e observando o circuito das borboletas.

Paciente:_ *“Estar aqui me tranquiliza, me transporto para o local da cidade onde fui criada, começo a me recordar da minha infância que não foi lá muito feliz, mas onde eu costumava descansar, era muito sossegado, era mais ou menos como esse lugar aqui.” (SIC. Referindo-se aos jardins de entrada do CAPES) .*

Psicóloga:_ *Vamos então falar do que você sente ao se recordar da cidade onde você foi criada e do local onde você costumava descansar.*

Paciente:_ *“ Quando eu morava lá no interior, a minha família era pobre, éramos muitos irmãos, meus pais saiam para trabalhar cedinho e nós ficávamos sós. A irmã mais velha é que cuidava da gente. Dava o almoço, a janta, punha a gente sentadinha no chão e distribuía a comida nas vasilhas. Não havia muita variedade como a gente tem aqui, querendo ou não a gente comia, senão passava fome”.*

Psicóloga:_ *E vocês se entendiam bem?*

Paiente:- *“ Éramos uma criançada danada, terminada a refeição cada um ia cuidar de si, ia cada um para o seu lado, subiam em árvores, iam para as suas brincadeiras. Não tínhamos brinquedos como as crianças daqui. Às vezes a gente fazia brinquedinhos, os meninos faziam bодоques, ora para matar os passarinhos, ora para acertar os morcegos. Sempre tinham os campeões das brincadeiras. Ai é que eles começavam a brigar.”*

Psicóloga:_ *E as meninas, como brincavam?*

Paciente:_ *“Ah, a gente também era levada, gostava de fazer comidinha, usava tampinha de cerveja para servir de panelinha e usava matinhos para ser a comidinha e a gente até servia as refeições. Depois tinha que deixar tudo arrumadinho, antes de minha mãe chegar da roça.”*

Psicóloga:_ *E vocês então ficavam felizes com o retorno de seus pais da roça?*

Paciente: _ *“Não porque à tardinha a gente ia trabalhar na casa do dono da fazenda para ajudar ao patrão e à patroa. Ai eu me sentia triste, vexada, porque eu via os brinquedos das filhas do patrão de meu pai, achava tudo tão bonitinho e doía muito, porque eu sabia que nunca eu ia poder ter as bonecas ou qualquer outro brinquedinho das meninas, as roupinhas que elas usavam, então nem pensar”.*

Psicóloga: _ E à noite, quando você ia dormir, já pegava logo no sono?

Paciente: _ *” Aí, à noite, quando eu ia dormir, vinha um pensamento de tristeza, eu me achava feia, encardida, porque eu não tinha nada que me fizesse sentir feliz. Eu via que a mãe das meninas penteava o cabelo delas, dava banho, elas trocavam de roupa e eu, levantava do jeito que eu dormia. Eu não entendia que a minha mãe não tinha tempo para cuidar da gente, me sentia muito infeliz por isso, porque eu me comparava com as outras meninas. Ela tinha que ir para a roça cedinho para ajudar ao meu pai, mas hoje eu entendo que ela nem sabia como devia cuidar da gente. Eu me sentia abandonada!”*

Psicóloga: _ Então vocês viviam muito isolados na Fazenda? Paciente: _ *“Não, vinham negociadores de gado e se hospedavam próximo de nossa casa e, uma vez, me encantei com a carteira de um vaqueiro e eu tirei-a para mim e a escondi debaixo de minha cama. Quando ele deu por falta da carteira e começou a perguntar por ela, meu pai achou-a no meu esconderijo, debaixo da minha cama e me deu uma grande surra. Fiquei muito tempo toda doída e amuada, mas depois eu me desliguei desse sofrimento.”*

Psicóloga: _ Acho que você quer me dizer que seu pai queria que você entendesse que você não deveria estar feliz pelo seu desejo de possuir algo que era uso pessoal do vaqueiro?

Paciente: _ *“ Nós todos tínhamos muito medo do nosso pai, ele era bravo. A gente nem conseguia chegar perto dele. Eu tinha só 9 anos de idade e não entendi direito, porque eu tirei a carteira de dinheiro do vaqueiro.”*

Os sofrimentos infantis ora relatados permitem inferir que ela gozava de um laço afetivo muito frágil com o genitor. De acordo com Freud, (1920, 1922), o laço de afeição que via de regra liga a criança ao genitor do sexo oposto, sucumbe ao desapontamento, a uma vã expectativa de satisfação. A menor quantidade de afeição que recebe, as exigências crescentes de educação, palavras duras e um castigo ocasional mostram-lhe toda a extensão do desdém que lhe concediam, (Freud, 1920-1922-p.22).

Como sabemos, a criança forma relações com o mundo exterior, dirigindo-se para objetos que dão prazer à libido que estava originalmente ligada ao próprio ego da criança. A relação da criança para com esses objetos, sejam eles vivos ou inanimados, é em primeiro lugar, puramente narcisista. Todavia é desse modo que as crianças estabelecem as suas relações com a realidade. (Klein, 1926).

Psicóloga: _ E de sua cidade natal, como você se estendeu para terras paulistas?

Paciente: _ *“Depois que eu fui para a capital do meu estado, eu me empreguei lá e acabei vindo para São Paulo com uma tia para trabalhar. Aqui eu conheci o meu marido, tivemos dois filhos, temos uma netinha. Nós somos da mesma cidade. Os filhos já são casados e trabalham”.*

Psicóloga: _ E você se acostumou bem com a vida em cidade grande?

Paciente: _ *“Nós morávamos em outro lugar, era um bairro muito bom, mas houve um acontecimento muito desagradável e convenci a meu marido que deveríamos mudar de lá.”*

Psicóloga: _ Mas como assim, desagradável?

Paciente: _ *“Tínhamos uma casa melhor e neste local tínhamos muitas amizades, mas aconteceu que um dia apareceu na rua uma compradora de joias e eu tinha um cordão de ouro com um peixe. Ela bateu de casa em casa, fazendo as compras. Quando ela foi em minha casa, antes de sair, ela me pagou e deixou cair o*

peixe e eu não porquê, apanhei e escondi o peixe. Pouco tempo depois ela voltou desesperada, perguntando-me pelo peixe e eu neguei que ele estivesse comigo. Ela insistiu muito e eu esperei ela ir para a casa de outra vizinha e lá coloquei o peixe. Só que eu não percebi que uma outra vizinha havia visto eu entrar na casa da 3ª vizinha, onde coloquei o peixe e ele foi encontrado e essa 3ª vizinha que se dizia muito minha amiga, me dedou. A nossa situação no bairro ficou insustentável, houve vários comentários desagradáveis, as vizinhas se afastaram de mim, comecei a me sentir rejeitada, abandonada, com aquele sentimento que eu tinha, quando me sentia rejeitada pela minha mãe. Sentia uma ansiedade enorme, dormia mal, não queria me alimentar, perdi o controle sobre o meu pensamento e convenci a meu marido que deveríamos mudar de bairro. Ele concordou comigo e fizemos a mudança. Mudamos de casa, mas a minha cabeça não mudou nada, continuei muito ansiosa, inapetente, perdi alguns quilos e precisei ir para a médica. Conte-i-lhe todo o ocorrido e ela fez o meu encaminhamento para a Escola de Odontologia. Não consigo tirar esse pensamento da minha cabeça, durmo e acordo comigo sendo acusada pelas ex- vizinhas e sem poder desmentir nada e tendo mentido. Mas aqui estou me confessando culpada, sem saber porque eu fiz isso.”

Psicóloga: _ Vamos tentar organizar o seu pensamento, lembrando-nos de como é o seu dia a dia.

Paciente: “_Esse pensamento não sai da minha cabeça e eu não consigo pensar em outra coisa, não consigo organizar o meu dia, me sinto como que perdida. Não me alimento, não durmo, meu pensamento não desliga desse ocorrido. As dores na boca, coluna e agora também no joelho não me abandonam. Não estou conseguindo mais sair de casa.”

A Paciente cai num choro compulsivo.

Psicóloga: _Acho que o tempo irá apagar isso, as suas ex-vizinhas podem já ter esquecido o ocorrido.

Após alguns minutos a Paciente pode falar.

Psicóloga:_ Então, você que tem uma família, que você e seu marido construíram, você curte a sua família?

A Paciente voltou a silenciar-se e numa postura voltada para dentro de si, me disse:

Paciente:_ *“ Sabe que eu nunca havia pensado nisso? Eu me sinto muito cansada, quando meus filhos vêm à minha casa, sujam tudo e eu fico passando bandejinha de lá para cá o dia inteiro. Carregar a minha netinha de 3 anos me deixa com muitas dores na coluna.”*

Psicóloga:_ Mas se eles vêm em sua casa, trazem as esposas, gostam de passar o dia junto com os pais, é porque gostam de vocês. Eles trazem alegria e felicidade para vocês. Você tem uma família saudável, você tem a alegria de já ter uma netinha. Essa alegria não tem preço, vale mais do que qualquer “JOIA”.

Uma pessoa adoece, porque oculta de si mesmo uma história cujo significado lhe parece insuportável,(Chiozza, 1987).

Inspiramo-nos em (Bion, 1962) durante vários meses, utilizando-nos do arsenal teórico que ele confiava, trabalhando as perturbações do pensamento da paciente, confiando na experiência emocional da análise, para revelar os elementos que considerava fatores da função alfa, ou seja, para fins da investigação psicanalítica. Esses fatores são os que promovem o desenvolvimento. A teoria e a prática psicanalíticas apontam para a necessidade de uma reformulação das ideias acerca da origem e da natureza dos pensamentos e de uma reformulação paralela de ideias sobre os mecanismos pelos quais se consegue “pensar” os pensamentos.

A função alfa atua sobre as impressões sensoriais, quaisquer que sejam e sobre as emoções que o paciente percebe. Na medida em que a função alfa tem êxito, produzem-se elementos alfa, suscetíveis de se armazenarem e de corresponderem aos requisitos de pensamentos oníricos.

Se os elementos promotores de desenvolvimento ou função alfa para Bion, se perturbam e, por conseguinte, não atuam, as impressões sensoriais que o paciente percebe e as emoções que experimenta, permanecem inalteradas. São os elementos beta. Os elementos- beta não se prestam à utilização como pensamentos oníricos, mas são passíveis de emprego na identificação projetiva. Tem importância na produção de atuações, são objetos que se evacuam. Os elementos beta se armazenam, mas diferem dos elementos- alfa porque não são propriamente memória e sim fatos não digeridos.

Considera-se que Elvira, pela falta de uma mãe continente armazenava a existência de um seio mau digerido dentro de si, pela série de privações e de abandono que enfrentou desde cedo em sua vida. Essas impressões sensoriais perduraram por toda a sua infância, sentindo-se sempre mal amada, inclusive pela família que veio a constituir.

Segundo Bion, (1960) a necessidade de amor, de compreensão e de desenvolvimento mental, não podendo ser satisfeita, desvia-se na direção da busca das comodidades materiais. Uma vez que se reforçam os desejos pelas comodidades materiais, a ânsia pelo amor permanece insatisfeita e se transforma em voracidade arrogante e desorientada. Desta forma Elvira procurava suprir a sua carência de amor, furtando aos 9 anos de idade uma carteira de dinheiro e quando adulta, reter o cordão e o peixe que já estavam vendidos. Nos encontros semanais entre a Terapeuta e a Paciente, compreendíamos o significado do transtorno corporal com as dores no corpo todo e a incongruência de seu sofrimento psíquico. Seja físico ou psíquico o que nos interessa é o passado que está vivo na atitude e no modo de viver o presente, descritos nesta paciente como os elementos beta, que aos poucos foram se diluindo ou evacuados com a valorização de um bem estar familiar que era de sua competência.

Observa-se que Elvira, que tinha dificuldades em se apresentar em reuniões sociais, visitar e receber os filhos em sua casa, de acariciar a sua netinha, dia após dia passou a compreender a necessidade do afeto se interessando pela sua

netinha, preocupando-se com a sua saúde, alimentação, satisfação de desejos e desta forma, desenvolvendo uma capacidade para o devaneio.

A função alfa transforma as impressões sensoriais em elementos alfa, semelhantes e na realidade mesmo idênticos às imagens visuais que nos são familiares nos sonhos, isto é, os elementos que, para Freud, revelam seu conteúdo latente, quando o analista os interpreta. Percebe-se que houve uma integração familiar, ela passou a ajudar ao seu esposo a marcar as visitas técnicas em casa de suas clientes, e incrementou o uso diário familiar do “whatapp”. Nos finais de semana faz caminhadas ao lado do esposo, visitas a familiares distantes, passeios dominicais, viagens, frequência a Restaurantes de comidas típicas regionais. Essa transformação social na vida da Paciente, facilitou inscrever-se na 3ª idade da sua Paróquia e passou a frequentar vários cursos entre eles artesanato e bordado como os seus preferidos. . Aproveitou para inscrever-se também na Hidroginástica da Prefeitura de sua cidade.

Paciente:_ *“Estou sentindo necessidade de emagrecer um pouco, estou querendo usar “short” no próximo verão.*

Por fim, de acordo com os objetivos propostos, este estudo permitiu que ao chegar nesse último dia (último fragmento considerado nesse estudo) para o atendimento psicológico eu sentisse a presença de uma outra paciente.

Psicóloga:_ Não a vi sentada no banco debaixo das árvores. Senti que algo diferente acontecera e que seria algo produtivo. Qual foi a minha surpresa ao encontrá-la no “hall” de entrada, frente ao aquário, admirando os peixes.

Psicóloga:- Alô, não sabia que você gostava de peixes?

Paciente:_ *“ Estou admirando essa família de peixes. Percebo aqui, este o grandão, manda nos menores que o obedecem. Me lembra até o meu maridão! Me parece que eles estão brincando, eles são felizes são uma família feliz.”*

Nesse momento senti que a Paciente havia transformado a sua experiência emocional em elementos alfa, expressa na sua capacidade para sonhar, permitindo-lhe ter um sentido de realidade nos benefícios da integração familiar,

embora sempre continuassem presentes os desarranjos aos seus caprichos domésticos. Sua capacidade para o pensamento permitia-lhe nesse momento, observar com detalhes toda a movimentação dos peixes no aquário, suavizando as suas frustrações, suportando o peixe maior que todo poderoso beliscava os menores que aceitavam a sua corte, sendo interpretada pela paciente como um ato de amor.

Paciente: *“Eh, até parece a minha família, que agora vive em harmonia!”*

Retomando Bion (1960), aplica o devaneio num sentido restrito, combinando-o ao amor e ao ódio, como o estado da mente para receber quaisquer “objetos” do objeto amado e é capaz portanto de receber as identificações projetivas da criança, quer ela a sinta boas ou más. Em suma, o devaneio é um fator da função alfa. Concluimos que Elvira vem conseguindo tornar as suas impressões sensoriais das experiências emocionais em elementos alfa que são utilizáveis pelo pensamento consciente e pelo seu pensamento onírico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

De acordo com o objetivo proposto, este trabalho apresentou uma parte do percurso de atendimento de uma paciente com dores crônicas, que foi encaminhada à psicoterapia após conclusivo diagnóstico de ausência de motivos orgânicos. A Psicoterapia contribuiu significativamente com a melhoria de suas dores.

Este estudo de caso único é uma pequena e importante contribuição para a compreensão da dinâmica psicológica e a relação com os sintomas de dor crônica. Os resultados aqui apresentados não permitem generalizações, mas são claros os indícios de que foram favoráveis à saúde mental da paciente. Sugere-se novas pesquisas dentro deste tema de forma a contribuir com essa área da Psicologia.

REFERÊNCIAS

Bion,W.R. (1960-1966).*OS elementos da Psicanálise (inclui O Aprender com a Realidade)*Trad. de Jayme Salomão e Pedro Dias Corrêa. Rio de Janeiro:Zahar Editores.p.22-27.

Chiozza,L.A. (1987) *Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo*.Trad. de M^a José D.R.S. Peres Allianza Editorial S.A.Buenos Aires. Campinas. S.P.:Papirus.

Eksterman,A. (1982/1992).in *Psicossomática Hoje* in Mello Filho J.e Colaboradores. Porto Alegre: Ed. Art. Med.,p.77.

Freud,S. (1920-1922/1976). *Além do Princípio do Prazer- Os Grupos e Outros.Psicologia de Grupos e Outros Trabalhos*. Ed. Standard. Trad. de Jayme Salomão.R.J:Imago Editora. Vol.XVIII.

Freud.S.(1923-1926/1976). *O Ego e o Id*.Ed. Standard. Trad. de Jayme Salomão. R.J: Imago Editora. Vol.XIX.

Klein, M.(1952). *Novas Tendências da Psicanálise*.Trad. de Álvaro Cabral. 2^a Ed.Rio de Janeiro:Guanabara Koogan.

Mello Filho J. E Colaboradores. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.

Rosa,J.T. e Tardivo,L. S.P.C.(2012). *Vivências emocionais e evolução clínica de pacientes com dor crônica* .(Simpósio da Associação de Psicoterapia Psicanalítica). São Paulo.

Seelig, J.B. (2002). *Pacientes atacados por dor*. in. Mudanças, Psicoterapia e Estudos Sociais. São Bernardo do Campo. Vol.5 P. 13-21-31. Tradução e Adaptação de José Tolentino Rosa.

Tonelli, D. (2012). *Terror sem nome no mundo arcaico: um longo percurso entre o sentimento de solidão e a ansiedade depressiva*. Departamento de Psicologia Clínica da USP.

Winnicott, D.W. (1949/1998). *Textos Seleccionados: da Pediatria à Psicanálise*. Trad. de Jane Russo: 3ª Ed. Rio de Janeiro. Livraria Francisco Alves Editora S.A.

EXPERIÊNCIAS INFANTIS DE SEPARAÇÃO E PRIVAÇÃO DOS OBJETOS AMADOS EM PACIENTES COM DOR CRÔNICA.

Isolda Maria de Oliveira Assumpção¹

Leila Salomão de la Plata Cury Tardivo²

Sueli dos Santos Vitorino,³

Maria Aparecida Mazzante Colacicco,⁴

R E S U M O

Este estudo objetivou conhecer a relação entre os sintomas físicos, de pacientes com dor crônica, e suas experiências infantis de separação e privação de seus objetos amados. **Método:** No psicodiagnóstico, foi feita aplicação e avaliação do Teste de Relações Objetais de Phillipson TRO (13 lâminas) em duas pacientes, sexo feminino, com sintomas somatoformes: dor crônica, encaminhados para diagnóstico e tratamento psicoterápico do grupo de supervisão de dor crônica, no Laboratório Apoiar no IPUSP. **Resultados e Discussão:** Na análise psicodinâmica dos recursos egóicos destes pacientes, pode-se constatar a prevalência de uma organização mais arcaica da personalidade caracterizada por níveis psicóticos da parte mais evoluída e integrada caracterizado como estado-limite. As histórias apresentadas revelam que um problema sério ocorreu nas relações objetais e interferiu drasticamente no processo de estruturação do eu. Constatou-se prejuízos nos processos de simbolização e conseqüentemente falta de coesão do self. Há ausência de objeto, ausência de si, ausência de representação e de pensamento e compõe um vazio que opera no sentido inverso ao trabalho do luto. **Considerações Finais:** Esta organização psíquica deficiente sob a luz da psicanálise foi a base para o surgimento da patologia somática: dor crônica, que esses pacientes apresentam e conhece-la auxiliará na condução do tratamento.

Palavras-chave: Psicodiagnóstico; Teste psicológico; Desenvolvimento; Psicossomática.

INTRODUÇÃO

Muitas doenças são rapidamente “derrotadas “ e, no entanto, destacam-se cada vez mais as situações em que o doente sente-se desamparado e incompreendido frente ao sistema médico, ou simplesmente sua doença evolui mal. São pacientes que apesar de já terem sido submetidos aos tratamentos convencionais medicamentosos e até mesmo cirúrgicos, os médicos já vêm constatando que o sintoma doloroso não melhora (Chiozza, 1987).

Pelo menos 20% das consultas médicas deparam-se com doentes com sintomas somáticos que não são explicados por doenças definidas convencionalmente (Rief & Sharpe, 2004 Apud Martins, 2010). Estes doentes não respeitam o modelo biomédico e por isso as suas queixas não são validadas, as causas não são procuradas e os sentimentos e ideias dos doentes não são explorados (Epstein et al., 2006 Apud Martins, 2010).

São os doentes funcionais ou doentes-problema, quer pela dificuldade de diagnóstico ou pelo tratamento em si que fazem parte dos novos diagnósticos feitos nos últimos 20 anos denominados perturbações somatoformes. (APA, 2000). Estas perturbações referem-se a uma família de distúrbios psiquiátricos que se acompanham de queixas somáticas (Okasha, 2003 Apud Santo, 2008). São fenômenos que se situam na fronteira entre a medicina e a psiquiatria (Lipowski, 1988 Apud Santo, 2008).

Na categoria destes distúrbios estão incluídas a perturbação de conversão, hipocondria, perturbação da dor, dismorfofobia, perturbação somatoforme indiferenciada e a categoria da perturbação somatoforme sem outra especificação (APA, 2000).

As perturbações mais prevalentes são as perturbações de somatização indiferenciadas, vulgo as síndromes funcionais, que incluem todas as perturbações somatoformes que não preenchem o critério para a somatização típica, representam 5% da população em geral, é a perturbação da dor somatoforme, vulgo doença de dor crônica. (Monteiro, 2006).

A dor crônica é mais que um sintoma, ela atua de forma muito incapacitante na vida produtiva, psicoafetiva e social da pessoa.

Os sintomas são bastante perturbadores, causam sofrimento pessoal, geram ansiedade e incapacidade suficientes para serem considerados como doenças (Barsky, Orav, & Bates, 2005; Wessley et al., 1999 Apud Santo, 2008) e podem ter um efeito pernicioso nas famílias (Kellner, 1991, Apud Santo, 2008). São condições que geralmente tem comorbidade com transtornos psiquiátricos, especialmente depressão maior, que são frequentemente tratadas inadequadamente e resultam em redução da saúde e qualidade de vida (QV), o que aumenta muito o uso e os custos com a saúde. (Stahl, Briley, 2004 & Kessler , Ustun, 2004 Apud Santo, 2008).

A dor foi conceituada segundo International Association for the Study of Pain (IASP, 1994) como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a um dano real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tais lesões”.

Esta definição implica em levarmos em consideração a inclusão de aspectos afetivo-emocionais subjetivos o que significa tratar o visível e invisível imposto pela dor, notadamente, a dor crônica.

Como uma característica principal, estes pacientes apresentam uma amplificação somatossensorial (experimentar uma sensação somática muito intensa) e uma má leitura corporal desta patologia. No fundo o doente atribui um significado patológico a uma sensação corporal pouco habitual, atribuindo-a a uma doença desconhecida e ameaçadora com um caráter de alarme, o que vai contribuindo para a sua perturbação. Esses estados dolorosos intensos e/ou prolongados implicam, frequentemente, em reações depressivas, comportamentos que necessitam de reintegração (Monteiro, 2006). Apesar da dor crônica ser considerado um problema de saúde frequente que acarreta sérios prejuízos pessoais e econômicos à população, muito pouco se conhece sobre a epidemiologia da dor crônica no Brasil e no resto do mundo. (Teixeira et al 2001).

Devido a não se conhecer as causas nem a dinâmica de desenvolvimento da sintomatologia, não há modelos de tratamento específicos e consensuais. Há, portanto, uma necessidade para maior compreensão do seu sentido e tratamento por parte de profissionais de saúde e sofredores. O conhecimento das peculiaridades da

dinâmica psicológica dos pacientes pode auxiliar na busca de meios mais eficazes de como ajudá-los e a seus familiares.

Nesse sentido a teoria psicanalítica vem, desde seu início como ciência, tentando dar conta dos fenômenos psíquicos que não encontram explicação médico-orgânica. Freud (1969/1996) ao estudar a histeria apontou caminhos para a compreensão de como as dores da alma (psíquicas) poderiam ser expressas como sintomas físicos. Sua discípula, Melanie Klein (1957/1984) aprofundou os estudos observacionais e a teoria apontando que, desde as relações iniciais mais arcaicas, ou seja, na mais tenra infância o bebê pode vir a desenvolver um ego mais ou menos integrado o que conseqüentemente colaborará para sua saúde mental e vivência social com mais ou menos sofrimento psíquico (e formas adequadas de expressão destas), uma vez que sua teoria das posições pressupõe uso de mecanismos de defesa mais ou menos maduros a depender do percurso de desenvolvimento emocional do bebê.

Partindo desse aporte este grupo de pesquisa usa como um dos testes auxiliares psicodiagnósticos o Teste das Relações Objetais (TRO) de fundamentação teórica Kleiniana baseada na teoria das relações objetais, desenvolvido por Herbert Phillipson (1955).

Fundamentação teórica do teste

Phillipson inspirou-se, para fundamentar seu teste, na teoria Kleiniana e fairbaniana das relações objetais. A pessoa se conduz com outra de acordo com uma longa aprendizagem, produto das relações com seus objetos mais arcaicos (os pais), de quem depende para a satisfação das suas necessidades primárias. Existe um grau de isomorfismo entre a forma como se realizam as relações objetais em termos de pessoas e a forma como se expressa a interação com diferentes elementos de seu mundo [perceber, aprender, trabalhar, etc.] (Ocampo, 1981).

O método para a análise das histórias está em íntima relação com a fundamentação do teste, na medida em que dá atenção a três características essenciais na produção das histórias:

- A. A percepção da situação da prancha
- B. As pessoas incluídas nas histórias e suas relações
- C. A história como estrutura e como realização (trabalho).

Para a análise do sistema tensional inconsciente Phillipson (1955) sugere a exploração do sistema tensional inconsciente dominante na interpretação de respostas ao seu teste. Para analisar as histórias, propõe na tríade metapsicologia, formada por sentimentos (medos, angustia, sensações de persecutoriedade, depressão e confusão), desejos inconscientes e mecanismos de defesa para avaliação do equilíbrio adaptativo do ego (Rosa, 1995).

Desse modo este estudo tem como objetivo, a partir da análise das histórias de pacientes com dor crônica, elaboradas através das lâminas do teste projetivo TRO, investigar os fenômenos psicodinâmicos de suas relações objetais nos primórdios de suas vidas psíquicas com a doença na atualidade.

OBJETIVOS

GERAL: Esta investigação pretendeu averiguar as experiências infantis de separação e privação traumática com seus objetos amados e investigar se havia relação com os sintomas físicos de dor crônica.

ESPECIFICO: Perceber se a depressão e outros sintomas psicopatológicos estariam ligados a este quadro de dor.

MÉTODO

Pesquisa de natureza exploratória descritiva, do tipo estudo de caso, com análise Qualitativa dos dados, tendo como aporte teórico a Psicanálise.

LOCAL

O Laboratório de Dor Crônica que é abrigado no Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Social da Universidade de São Paulo (USP) encaminha para o grupo de supervisão de dor crônica, que opera dentro do grupo APOIAR, localizado no laboratório de psicologia clínica do Instituto de Psicologia da USP, pacientes para psicodiagnóstico e tratamento psicoterápico, pacientes com dor crônica atestado pelo médico ou dentista.

PARTICIPANTES

A amostra aqui selecionada foi com a idade maior de 18 anos contemplando adultos e idosos, sem o critério de sexo. A amostra foi recolhida de março de 2009 a junho de 2014.

Nesta amostra temos duas pacientes do sexo feminino: Maria (nome fictício), 55 anos, casada com uma filha, prendas domesticas (mulher, 55 anos) que se submeteu a psicoterapia em função de dificuldades emocionais e por dor crônica na articulação temporomandibular. Denise com 63 anos, casada, 3 filhos, prendas domesticas. Procuraram o laboratório após muitas idas ao médico e terem como a principal queixa a dor crônica na articulação temporomandibular.

MATERIAL

Aspectos Éticos e Instrumento

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre esclarecido (TCLE) foi iniciado o psicodiagnóstico clínico em que, foi utilizado como técnica projetiva auxiliar para o diagnóstico clínico, o teste de relações objetais de Phillipson elaborado por Phillipson (1955), uma ferramenta importante para o entendimento de como o paciente avaliado opera e reage no campo intersubjetivo.

É um teste, enquanto instrumento diagnóstico, com a fundamentação da teoria da Relações Objetais de Melanie Klein. O entendimento das relações objetais está ligado ao conceito de posição que aqui é definido como uma constelação dinâmica da personalidade que revela características relativas a metapsicologia das relações objetais (interpessoais).

As relações interpessoais são o núcleo das relações objetais, o teste oferece a exploração desta dinâmica do mundo interno do paciente e da natureza de seus relacionamentos objetais inconscientes na avaliação frente a diversas situações por sua apresentação em três séries, com quatro lâminas e, em cada uma delas, com um personagem, dois, três e vários em grupos.

Essa constelação é identificada nas histórias relatadas como manifestações de fantasias inconscientes e analisada através dos (1) desejos inconscientes (2) medos

e sentimentos de angústia, de perseguição, confusão, depressão (3) mecanismos de defesa manifestados. (Rosa,1995)

PROCEDIMENTO

As pacientes deste estudo diagnosticadas com dor somatoforme associada a fatores psicológicos iniciaram o processo de psicoterapia e aproximadamente após três meses (coleta de dados de anamnese-psicodiagnóstica) foram encaminhadas para que o teste fosse aplicado.

O teste foi aplicado num único dia, com duração de 50 minutos, por uma psicóloga desconhecida da paciente, ou seja, que não fazia seu atendimento clínico regular.

A devolutiva dos resultados foi feita à paciente e a terapeuta regular que atendia o caso.

Os riscos foram considerados mínimos e poderiam ser possíveis desconfortos ao contar as histórias, o que não aconteceu com nenhuma participante.

O benefício direto imediato foi a oferta de escuta especializada e a médio prazo as informações coletadas foram úteis à terapeuta clínica regular na formulação de intervenções adequadas ao caso.

RESULTADOS - DISCUSSÃO

Os dados coletados permitem compreender que por meio da análise e interpretação das histórias, pôde-se constatar, numa síntese global que a psicodinâmica desses pacientes se moveu dentre sentimentos, desejos e defesas predominantemente típicos da constelação viscocária, nas três séries de lâminas.

No plano estrutural significa a existência da fragilidade não específica do Ego que quer dizer: falta de tolerância à angústia, falta de controle pulsional, falta de desenvolvimento da sublimação. Há um retorno aos processos primários de pensamento, operações defensivas específicas (clivagem, recusa, identificação projetiva, idealização primitiva, onipotência e desvalorização) e, enfim, uma patologia das relações de objeto internalizadas: as identificações são superficiais,

contraditórias, clivadas (bom/mau), como também as representações de objeto permanecem cindidas. (Kernberg 1975 apud Mendes, L.C, Garcia, C.A. 2012)

O Ego e o Superego estão mal integrados, o que determina uma síndrome de identidade difusa típica da organização-limite. Nesses estados-limites, há a tendência a excitar a pulsão em direção à descarga e à repetição onde estes processos curto-circuitam a elaboração psíquica. Vê-se, portanto, que esta tendência em direção ao ato – às passagens ao ato – sinaliza a existência de um fracasso do trabalho psíquico em conter e dar um destino ao excesso pulsional.

Apagamento do objeto primário e o resultado em prejuízos dos processos de simbolização

Observou-se, nas histórias relatadas, o quanto elas são marcadas pelo mecanismo de negação da realidade apresentando-se uma realidade interna deformada e/ou transformada por ansiedades persecutórias depressivas ou confucionais.

A análise das lâminas nos apresentou como as organizações mais arcaicas da personalidade manifestam-se de forma prevalente na vida adulta das pacientes. Elas demonstraram através das sequências de suas experiências de fracasso e desamparo em relação ao objeto, que certas implicações simbólicas foram abolidas num caráter traumático na economia psíquica.

Para abordar o sistema tensional inconsciente manifestado nas histórias relatadas dois pontos são cruciais 1º. da relação precoce do bebê com a mãe e 2º no gerenciamento pulsional em suas relações objetais.

Para compor esta hipótese citamos Freud (1916) o desamparo psíquico, se dá no começo da vida posto que o bebê humano não tem como lidar com as demandas pulsionais filogeneticamente herdadas. Esta dependência inicial pode transformar-se em necessidade fazendo com que o recém-nascido seja incapaz de separar-se de quem representa o Outro. Dependente à sua presença, ele é incapaz de construir um mundo interno tranquilizador e ser capaz de estar só (Freud, 1916/1986; Winnicott, 2004 apud Ceccarelli, 2010)

Para Ferenczi, (1931), o choque traumático torna a introjeção impossível, ou seja, o processo de representação e atribuição de sentido fica impedido sendo impossível a

inscrição psíquica do acontecimento. A consequência desse processo é a produção de uma desconexão entre percepção e pensamento, o que ocasiona uma desproteção da personalidade.

Conforme Botella e Botella (apud Luz, 2009), o caráter essencial do trauma infantil corresponde à incapacidade de transformar, de uma não-representação, de uma zona de sofrimento psíquico que remete às perdas de objetos não-representáveis, não- elaboráveis pelo trabalho de luto; a angústia torna-se o produto do desamparo mental da criança – o ego fica reduzido a um estado de desamparo face a uma tensão excessiva – a separação da mãe. Freud (1926) O traumático refere-se, então, a rupturas do psíquico por uma quantidade de tensão que não pode ser prontamente assimilada, associada e inserida em uma cadeia representacional Botella e Botella (apud Luz ,2009)

Sob este olhar, quando a quantidade de angústia ou de dor atinge um limiar do insuportável, o que ocorre é o sentimento de ruptura do eu. Nestes termos as vivências traumáticas desestruturantes se relacionam ao sentimento de desagregação de si, se aproximando da vivência de morte. A dor os remete ao insuportável, podendo levar o sujeito a defesas psíquicas radicais, como por exemplo, a clivagem narcísica. Tem-se então a desorientação psíquica. Corpo e alma experienciam uma forma de deslocamento: não sou eu quem sofre, mas uma parte do meu corpo. (Ferenczi, 1932, p.127).

McDougall (1991), utiliza o conceito de desafetação para falar de algo semelhante. Os pacientes mais propensos a somatizar seriam aqueles “incapazes de recalcar as ideias ligadas à dor emocional e igualmente incapazes de projetar esses sentimentos, de maneira delirante, sobre as representações das outras pessoas” (p.105). Delineia-se, assim, uma estrutura psíquica diferente da neurose, por um lado, e da psicose, por outro. Para McDougall, tais pacientes “ejetam brutalmente” do campo consciente as representações carregadas de afeto; não podem conter o excesso da experiência afetiva e nem refletir sobre ela.

Podemos observar através dos relatos das pacientes que é como se houvesse um corte, um abismo que as separasse dos objetos internos da vida pulsional. As defesas funcionam como o desinvestimento radical aspirando a diminuição das tensões ao nível zero, ao nada, à inércia, à não-vida. Trata-se de uma dinâmica que

trouxe prejuízo aos processos de simbolização, que funciona à anestesia psíquica, ao desligamento pulsional, a clivagem que são algumas das manifestações patológicas segregados do “self”.

Pelo fato destes pacientes serem intrigantes do ponto de vista dos modelos psicanalíticos dominantes, a conceitualização inicial do termo borderline era muito ampla, um pouco sinônimo de “paciente difícil”. O processo de construção das fronteiras psíquicas, a convocação do corpo e do registro do ato, assim como uma precariedade ao nível da representação esses quadros serão reunidos aqui sob a designação de “estados-limites” (Kernberg apud Figueiredo 1999).

O mesmo autor cita que os pioneiros do estudo dos estados-limite são aqueles que contribuíram para o estudo dos estágios pregenitais e das precoces relações de objeto: Ferenczi, Balint, Fairbairn e Winnicott, sem esquecer de Freud (1937), que afirmava a existência de um núcleo psicótico subjacente a todo funcionamento neurótico, perspectiva que será particularmente desenvolvida por M. Klein.

Os trabalhos de Melanie Klein, Bion e Winnicott contribuíram para a definição dos eixos que são importantes na construção de uma clínica e uma teoria do pensamento que vai ao encontro dos casos-limite, a saber: o limite entre o fora e o dentro e sua articulação com os limites intrapsíquicos; a representação que recobre um duplo campo: o da representação de coisa e o da representação de palavra; os processos de ligação em sua relação com o desligamento; e a abstração que representa a característica mais específica do pensamento. Representação, ligação, pensamento e simbolização são processos intimamente relacionados: “Representar é ligar e pensar é religar as representações de um modo especular” (Green apud Coelho 2012)

Para a compreensão do processo de construção das fronteiras psíquicas dos pacientes limítrofes que é bastante dificultoso lançamos mão do autor André Green que descreve de forma brilhante as vicissitudes do objeto do objeto na sua articulação com o trabalho do negativo.

Segundo Garcia (2007) ao valorizar o trabalho de Green coloca: “sem minimizar a relevância do narcisismo para qualquer estudo que se considere psicanalítico, postulamos, no entanto, que uma teoria explicativa dos estados limite implica,

necessariamente, na consideração de três questões chave em torno das quais se estrutura: as vicissitudes do objeto, a construção dos limites intra e intersubjetivos e o trabalho do negativo. Estes três elementos se modulam numa articulação cujo eixo central é representado pelo trabalho do negativo.

Green afirma que o trabalho do negativo como expulsão do desprazeroso permite a criação de um espaço interno em que o eu como organização pode nascer pela instauração de uma ordem fundada no estabelecimento de ligações relacionadas às experiências de satisfação que possibilitam o reconhecimento do objeto como separado do eu, no espaço do não-eu e o seu reencontro (Green apud Garcia 2010).

“ Os objetos já nascem do trabalho do negativo de cindir bom e mau e projetar tais qualidades sobre o ambiente (...) Eles constituem-se pela cisão e adquirem sua nítida definição objetal como inexistências, fantasias, entidades imaginárias” (Figueiredo apud Garcia 2010).

O trabalho do negativo pode desenrolar-se de duas formas – um bem-sucedido, quando possibilita o surgimento de uma ausência do objeto que é presença em potencial, suscitando um movimento estruturante e outro mal-sucedido, patológico que devido a carência do ambiente por excesso (sobreinvestimento) ou por falta, a pulsão tem dificuldade para se representar a fim de dar lugar à ação específica em direção a um objeto confiável e seguro que traria a satisfação, transformando a situação de impotência em experiência satisfatória.

Segundo Green (apud Ceccarelli 2010) o objetivo essencial das pulsões de vida é assegurar uma função objetalizante, com investimento significativo, a pulsão de amor ao objeto, objeto esse tanto interno quanto externo. A construção da estrutura enquadrante – estrutura essa que dá os limites intrapsíquicos (id, ego e superego) e intersubjetivos (eu e o outro) – necessita que o bebê possa alucinar negativamente o objeto primário o que quer dizer é preciso ter uma presença/ausência do objeto.

Green (apud Ainsenstein, 2013) confrontarmos na vivência desestruturante desses pacientes com a presença da pulsão de morte, cuja a força é de desligamento, a função é desobjetalizante. Essa função no limite, afetaria os próprios alicerces do psiquismo, que além de desinvestir o objeto, chega a desinvestir o próprio eu; é o desinvestimento da própria estrutura e da unidade narcísica primária.

Esta adquire seu significado na aproximação entre os fatos psicossomáticos e os estados-limites. O marco conceitual dentro do qual André Green propõe sua compreensão dos transtornos psicossomáticos é o trabalho do negativo. Foi dentro desse marco que ele expôs suas hipóteses acerca dos processos psicossomáticos: todas elas repousam na ação da pulsão de morte e de sua função desobjetalizante.

“O que caracterizaria o destino de uma forma de organização pulsional que se aplicaria à psicossomática seria a ruptura precoce da ligação da pulsão com o futuro objeto, o desligamento do componente energético pulsional do objeto que ela visa, ficando ela então à deriva [...]” (Green, apud Aisenstein, 2013)

O trabalho do negativo representa o fio condutor da abordagem greeniana dos processos de somatização. O sucesso de tal abordagem para a inteligibilidade dos estados-limite, conjugado com o parentesco metapsicológico destes com os estados psicossomáticos, incentivaram André Green a emitir hipóteses psicanalíticas originais para explicar fatos disparates e enigmáticos de todo o campo psicossomático.

O trabalho do negativo (Green apud Garcia 2010) defende a ideia de que as pulsões de vida visam essencialmente a assegurar uma função objetalizante. Isto não significa que seu papel seja apenas estabelecer uma relação com o objeto (interno e externo), mas que elas também podem transformar estruturas em objeto, mesmo quando o objeto não é diretamente posto em xeque. A função objetalizante, portanto, não se limita às transformações do objeto, podendo também elevar à categoria de objeto algo que não possua nenhuma das qualidades dele, desde que seja mantido, no trabalho psíquico, um investimento significativo. Essa definição da função objetalizante das pulsões de vida destaca o papel essencial reservado às pulsões eróticas nos processos de transformação criadores de objeto. Por outro lado, para Green, o investimento é portador de sentido, o que lhe confere a capacidade de fazer de um não-objeto um objeto; e este objeto, por sua vez, revelará a pulsão après coup, identificando-a e significando-a.

A pulsão de morte visaria, ao contrário, de acordo com Green, a cumprir o quanto possível uma função desobjetalizante pelo desligamento. Essa qualificação permite compreender o fato de que não é somente a relação com o objeto que se vê atacada,

mas também todos os seus substitutos – o eu, por exemplo, e o próprio investimento. Na verdade, assistimos apenas, na maioria das vezes, ao funcionamento concorrente das atividades relacionadas com os dois grupos de pulsões. Mas a manifestação própria da destrutividade da pulsão de morte é o desinvestimento. Precisamos compreender bem que o desinvestimento, que constitui o cerne do trabalho da função desobjetalizante da pulsão de morte, não é uma simples retirada do investimento de um objeto seguida de sua transferência para outro objeto. Trata-se de um verdadeiro processo de morte pelo qual todo e qualquer investimento significativo é rompido e privado de seu conteúdo de vida para chegar, enfim, a um fragmento de morte psíquica. Podemos, neste ponto, aproximar a definição da função desobjetalizante daquela dos processos de somatização.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos objetivos estabelecidos pode-se considerar, finalmente, que a presente pesquisa enfocando o estudo das relações objetais permitiu compreender a organização interna de pacientes com dor crônica. Essa perspectiva chamou a atenção para a importância das relações precoces, dirigindo-nos para a hipótese de que quando não foi possível o cuidado do bebê, sobretudo no que diz respeito à função de conter as vivências fragmentadas do início da vida, há uma tendência para uma ação desestruturante dirigida pela pulsão de morte.

Foi constatado nas duas avaliações do TRO ausência de objeto, ausência de si, ausência de representação e de pensamento que compõem um vazio que operou no sentido inverso ao trabalho do luto. O processo de identificação com o outro manifestou-se de forma indiscriminada, do tipo “eu sou o outro” ou “não sou nada”. Há, portanto, uma oscilação na qual o eu ora se encontra extremamente próximo do objeto, tendendo a confundir-se com ele, ora busca afastar-se excessivamente deste, com o risco da perda de si mesmo. Frente ao alto grau de tensão, e medo de aniquilamento, os esforços defensivos não mostram eficácia para promover alívio ao ego frente a estas tensões. Podemos observar pela mobilização destes sentimentos, desejos e defesas características da posição viscócia com pouca diferenciação entre o “eu e o mundo”.

Como Gênese da fantasia, podemos considerar o sentimento da falta de ser olhada / amada quando criança por parte da mãe e dos familiares mais próximos, seus

irmãos. Há um sentimento de ódio e poderíamos sugerir aqui “a boca é travada” sintoma ATM (articulação temporomandibular), para não xingar, não expressar seu ódio por seus pais. São as marcas corporais que entram em cena, corpo e alma experienciam uma forma de deslocamento: não sou eu quem sofre, mas uma parte do meu corpo, nos fazendo pensar em intensos afetos que permanecem fora do circuito associativo onde predomina um tipo de angústia sem objeto nítido, que trabalha na passagem ao ato, a adoecimentos psicossomáticos, manifestações depressivas com tendência a desobjetalização e ao narcisismo de morte.

REFERÊNCIAS

Aisenstein, M., Smadja, C. (2013). A função desobjetalizante na obra de André Green: um modelo para a psicossomática. *Revista de Psicanálise da SPPA*, 20(1), p. 89-101, abril.

APA - American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed. texto revisto). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

Ceccarelli, P.R- (2010) Reflexões sobre a economia Psíquica das adições - Reverso [online]. 2011, 33(62), pp. 69-77. ISSN 0102-7395.

Chiozza. L., (1930/1987). Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo. Papirus. (Chiozza, 1987, p.11).

Coelho, M.M.A. (2012) Trauma precoce e um estudo psicanalítico. Tese Doutorado em Psicologia Experimental. Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo – S.P.

Ferenczi, S., (1931) Análise de crianças com adultos. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 2011 p. 79-95.

_____ (1932a) Diário clínico. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____ (1932b) Reflexões sobre o trauma. In: *Psicanálise IV*. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

Figueiredo, L. C. (1999) O caso-limite e as sabotagens do prazer. Palestra pronunciada na Sociedade de Psicanálise da Cidade do Rio de Janeiro

_____ (2003) Modernidade, trauma e dissociação: a questão do sentido hoje. In: Psicanálise: elementos para a clínica contemporânea. São Paulo: Escuta

Freud, S. (1893): edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud. 2ª. Edição, Rio de Janeiro: Imago

_____ (1916) Conferências introdutórias à psicanálise, in: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:):*edição standard brasileira. 2ª. Edição, Rio de Janeiro: Imago*

_____ (1926 [1925]). Inibições, Sintomas e Ansiedade, in: Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:):*edição standard brasileira. 2ª. Edição, Rio de Janeiro: Imago*

_____ (1937). Construções em análise. In: *Moisés e o monoteísmo* Obras psicológicas completas de Sigmund Freud:):*edição standard brasileira. 2ª. Edição, Rio de Janeiro: Imago*

Garcia, C.A. (2007) – Os estados limitem e o trabalho do negativo: uma contribuição de André Green para a clínica contemporânea. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, 7(1), março, pp. 123-135 Universidade de Fortaleza, Brasil

Garcia, C. A et al (2010) O trabalho do negativo e a transmissão psíquica - *Arquivos Brasileiros de psicologia*. 62(3) Rio de Janeiro.

IAPS (1994) International Association for the Study of Pain

Klein, M. (1957/1984). Inveja e gratidão: estudo das fontes do inconsciente. Rio de Janeiro: Imago.

Luz, C. B. (2009) - Trauma: A ferida que fica Contemporânea - *Psicanálise e Transdisciplinaridade*, Porto Alegre, 08, Disponível em: www.contemporaneo.org.br/contemporanea.php

Martins, L.S.J. (2010) Trauma e psicopatologia na dor somatoforme. Dissertação Mestrado, em Psicologia Clínica - Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 36 f.

Mcdougall, J. (1991). Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise. Trad. P. H. B. Rondon. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1989. Título original: (Théâtre du corps)

Mendes, L.C., GARCIA, C.A. (2012). Os destinos do trabalho do negativo nas patologias limítrofes. *Psicologia em revista*, 18, 2, Belo Horizonte. versão impressa ISSN 1677-1168

Monteiro, L. et al (2014) Aspectos Psicossomáticos da Dor Orofacial Crônica, *Medical Journal (Lisboa)* 22, 2, 30-34.

OCAMPO, M.L.S. (1981). O processo psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas. Rio de Janeiro: Martins Fontes.

Phillipson, H. (1981). Manual del test de relaciones objetais. Buenos Aires, Paidós, 1981

Rosa, J. Tolentino (Org) (1995). Atualizações clínicas do Teste de Relações Objetais de H. Phillipson 1.ed. Santo André, SP: Lemos Editorial & Gráficos Ltda . 230p.

Santo ,H.A.A.E .Histeria a unidade perdida. 2008. 375 f. (Doutorado em Saúde Mental) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, 2008.

Teixeira, M.J., et al (2001) - Epidemiologia clínica da dor musculoesquelética. *Rev. Med. (São Paulo)*, 80 (ed. esp. pt.1):1-21.

**LABORATÓRIO DE SAÚDE
MENTAL E PSICOLOGIA CLÍNICA
SOCIAL
SER E FAZER**

EXPERIÊNCIA EMOCIONAL SOBRE A MATERNIDADE VEICULADA EM BLOGS BRASILEIROS: CONSIDERAÇÕES INICIAIS ³⁹

Andréia de Almeida Schulte

Sueli Regina Gallo-Belluzzo

Tânia Aiello-Vaisberg

Resumo: A presente comunicação tem por objetivo apresentar reflexões teórico-clínicas sobre um campo de sentido afetivo-emocional, produzido interpretativamente em trabalho de pesquisa realizado sobre a experiência emocional de mulheres acerca da maternidade. Esse campo, intitulado “Conciliando atividades”, organiza-se ao redor da crença de que é possível dividir o tempo entre o cuidado dos filhos e o desempenho de atividades profissionais. Entretanto, há indícios de que deste modo, seja vivenciado sofrimento emocional importante sob forma de se sentirem sobrecarregadas e divididas. Ao final, são tecidas considerações sobre a necessidade de transformações sociais das práticas de cuidados às crianças, num sentido diverso da sobrecarga materna.

Palavras-chave: Mulheres; Maternidade; Experiência emocional; Método Psicanalítico.

O Problema de Pesquisa

A experiência da maternidade é vivenciada pelas mulheres de diferentes formas, pois, cada uma tem sua história, que está inserida em contextos intersubjetivos específicos. Nosso estudo da maternidade focaliza a associação entre maternidade e sofrimento, cuja relevância é constatada na clínica psicológica. Consideramos que esta associação pode ser pensada de dois modos: 1) como algo que aconteceria apenas em alguns grupos da população, como, por exemplo, entre mulheres pobres, entre mulheres negras, entre mulheres vítimas de violência doméstica ou 2) como opressão que, atravessando as classes sociais, atingiria a todas as mulheres, ainda que com algumas diferenças. Realizamos esta pesquisa à luz do segundo modo de articular a associação entre maternidade e sofrimento.

39 Pesquisa realizada com apoio financeiro sob forma de bolsa de mestrado da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES

Neste trabalho, abordaremos o sofrimento vivenciado pelas mães a partir de reflexões teórico-clínicas sobre um campo de sentido afetivo-emocional denominado “Conciliando atividades”, que fora produzido interpretativamente em trabalho de pesquisa acerca da experiência emocional de mulheres sobre a maternidade.

A Pesquisa Realizada

O sofrimento vivido pelas mães em decorrência do contexto social em que estão inseridas vem sendo tomado como tema de estudo por outros autores (Araújo *et al.*, 2014; Corbett, 2014; Granato & Aiello-Vaisberg, 2011; Jesus, Jucá & Barbosa, 2014; Rosseto, Schermann & Béria, 2014). Entretanto, consideramos merecer destaque o trabalho de Badinter (1985), que se debruçou sobre o drama das mães francesas em diferentes épocas, no contexto de estratégia investigativa forjada para defender a tese de que o amor materno não corresponde a fenômeno natural.

Constata a autora, usando métodos históricos, que, no século XVIII, as mulheres-mães⁴⁰ das classes favorecidas não mantinham contato com seus filhos até os cinco anos de idade, pois estes eram entregues às amas de leite e posteriormente a preceptores. No contexto apontado pela autora francesa, o crescente índice de mortes entre crianças não parecia ser um fato que demandasse estudo ou investigação. Podemos compreender, por meio de uma leitura não literal, o quanto aquelas mulheres não estavam dispostas a se encarregarem de cuidados diretos de crianças, embora provavelmente constrangidas a engravidar, numa época em que não se dispunha de anticoncepção eficaz. Elas não tinham escolha, ou eram casadas e engravidavam, se não apresentassem patologias ligadas à capacidade reprodutiva, ou eram solteiras, eventualmente freiras. Em outra obra, Badinter (2010) menciona uma mobilização social, no fim do século XVIII, para que as mulheres voltassem a cuidar pessoalmente dos filhos e os amamentassem, propagando um retorno do instinto maternal e aliando a maternidade ao divino. Tal movimento visava, certamente, o aumento de taxas de natalidade, por meio de revalorização da vida familiar. Nota-se neste momento que o estado francês se demonstra preocupado

⁴⁰ Usamos este termo no mesmo sentido que Corbett (2014), para sinalizar que as mães são, antes de mais nada, pessoas, mulheres.

com altos índices de mortes na primeira infância, condição que busca solucionar por meio do incentivo da dedicação integral ao filho. Com o propósito de garantir a sobrevivência das crianças, a primeira etapa da vida passou a ser a mais importante. Esse momento havia sido negligenciado pelos pais, quando entregavam seus filhos a amas, e apresentava maior taxa de mortalidade. O amor materno passou a ser exaltado como um valor, ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade. Ao fazer esse relato histórico, Badinter defende a tese sobre a origem cultural do amor materno. Rogoff (2005) apresenta a mesma tese, estudando diversidade cultural numa outra época. Esta autora mostra diferentes caminhos para cuidar de crianças e propiciar seu desenvolvimento em variadas comunidades.

Um estudo sobre a família brasileira, realizado por Scott (2012), conclui que a “nova família”, fruto das mudanças histórico-sociais, também exigia uma “nova mulher” para configurar a “família conjugal moderna”, aquela em que a vontade dos indivíduos seria respeitada, incluindo a escolha dos cônjuges, conforme ideais do amor romântico. Neste contexto, a “nova mulher” seria uma mãe dedicada, que não delegaria a atenção aos filhos para terceiros. Estamos, portanto, diante de achados que indicam a valorização social da mãe dedicada a seu filho.

As pesquisas atuais sobre a maternidade têm focalizado, principalmente, recortes específicos referentes às problemáticas da sociedade contemporânea, como pudemos constatar percorrendo a base Scielo, em artigos publicados entre 2010 e 2015, a partir dos descritores “mãe, maternidade, mulher e sofrimento”.

Encontramos aí vários estudos que abordam a maternidade a partir de diferentes abordagens, dentre as quais pesquisas realizadas em várias áreas de conhecimento, tais como Educação Física, Enfermagem, Medicina, Psicologia, Saúde Coletiva e Serviço Social. Esta revisão aponta que, no cenário atual de pesquisas acerca da maternidade, a Psicologia conta com pesquisas voltadas às expectativas da maternidade e ao vínculo da mãe com seus filhos (Cabral & Levandowski, 2011; Moreira & Rases, 2010), aos conflitos vivenciados pelas mães (Corrêa & Serralha, 2015; Langaro & Pretto, 2015) e, por fim, ao tema de mulheres que abriram mão da maternidade (Patrias & Buaes, 2012). Notamos, desse modo, o interesse da Psicologia por questões relacionais e vinculares, mas não especificamente para a

compreensão dos sofrimentos, de que ora nos ocupamos. Entretanto, vale salientar que sua leitura indica que em variadas situações a maternidade se associa a sofrimento da mulher.

O estudo da experiência de ser mãe justifica-se pela perspectiva segundo a qual a maternidade, na contemporaneidade, apresenta duas formas de ser concebida. A primeira diz respeito a ser fonte de profundas gratificações, conhecidas pessoalmente por muitas mulheres, indiretamente por outras que não a vivenciam e pelos homens. A segunda, está relacionada a sofrimento, decorrente da complexidade do viver em nossa sociedade. Esse é exatamente o nosso interesse de investigação: a associação entre maternidade e sofrimento social.

Metodologia

Esta pesquisa se organiza, metodologicamente, como estudo qualitativo, na medida em que se volta para o estudo de sentidos de experiências e atos humanos, compreendidos como fenômenos que se dão de modo vincular e socialmente contextualizados (Ambrósio, Aiello-Fernandes & Aiello-Vaisberg, 2013). No que tange à nossa proposta, adotamos o referencial psicanalítico, mais precisamente a psicanálise dramática e intersubjetiva proposta por Bleger (1963/1984), a partir da qual definimos experiência emocional, enquanto conduta, como sendo um modo de habitar, dramática e concretamente, campos de sentido afetivo-emocional.

O conceito de conduta forjado por Bleger (1963/1984) é a consideração de toda e qualquer manifestação do ser humano, seja quando esta acontece no plano simbólico, no plano corporal ou no plano da ação sobre o meio ambiente. A psicanálise pode ser rigorosamente definida como a mais abrangente abordagem do acontecer humano partindo de uma perspectiva psicológica. Desse modo, a conduta se insere em variados contextos sociais. Logo, a experiência emocional, como outros produtos das condutas, pode ser investigada em outros contextos e não apenas no consultório do analista, como o estudo de produções humanas, tais como temos realizado em estudos de nosso Grupo de Pesquisa PUC-Campinas/CNPq Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção: filmes (Arós & Aiello-Vaisberg, 2009; Ferreira-Teixeira, Gallo-Belluzzo & Aiello-Vaisberg, 2014), músicas

(Aiello-Fernandes et al, 2014), blogs (Visintin & Aiello-Vaisberg, 2015); memoriais (Riemenschneider & Aiello-Vaisberg, 2011), entre outros.

Como buscamos dialogar com pesquisadores de outras linhas teóricas e metodológicas, apresentaremos nosso uso da pesquisa qualitativa e sua articulação com o método psicanalítico por meio de procedimentos investigativos (Ambrósio, Aiello-Fernandes & Aiello-Vaisberg, 2013). Operacionalizamos este estudo por meio de um desdobramento que compreende três tipos de procedimentos investigativos, a saber: 1) procedimento investigativo de levantamento e seleção do material, 2) procedimento investigativo de interpretação do material e 3) procedimento investigativo de interlocuções reflexivas. Ressaltamos que nos dois primeiros procedimentos utilizamo-nos do método psicanalítico, cultivando a atenção flutuante e a associação livre. Entretanto, no terceiro procedimento, suspendemos seu uso em prol da realização de um trabalho teórico-intelectual de cunho crítico e reflexivo.

O primeiro procedimento, equivalente à coleta de dados, concretizou-se com uma busca, via Google, por postagens em blogs brasileiros, utilizando a entrada “experiência da maternidade”, que atendessem aos seguintes critérios: 1) consistirem em postagens escritas por pessoas que se identificavam como mães; 2) consistirem em escritos da autoria de pessoas não renomadas/populares e sem apoio financeiro e 3) consistirem em postagens publicadas durante um período de tempo de um mês aleatoriamente escolhido. A aplicação destes critérios de seleção visou o contato com manifestações de mulheres, de modo a permitir o descarte dos conselhos de especialistas bem como da publicidade. Por outro lado, optamos por sortear um período de tempo para evitar a introdução inadvertida de qualquer outro viés. Tais cuidados resultaram no levantamento de um total de 10 postagens efetuadas durante o período fixado.

O segundo procedimento, em outras pesquisas conhecido como resultados, é relativo à interpretação do material, operação que temos definido como criação/encontro de campos de sentido afetivo-emocional (Ambrosio & Aiello-Vaisberg, 2014). Neste momento, tomamos como guia as recomendações ou palavras-de-ordem de Herrmann (1979). Essas são: “deixar que surja”, que corresponde a impressionar-se emocionalmente; “tomar em consideração”, que nos

remete ao que se destacou, permitindo o surgimento de associações livres de ideias e a emergência de emoções e, por fim, “completar a configuração de sentido”, que corresponde a criar/encontrar o que denominamos campo de sentido afetivo-emocional.

Finalmente, realizamos o procedimento investigativo de interlocuções reflexivas, que consiste em uma etapa investigativa, durante a qual tem lugar uma retomada do pensamento conceitual e teorizante, tendo em vista considerar ideias, teorias e pensamentos que possam auxiliar na compreensão das interpretações que formulamos. Nesta etapa abandonamos a atenção flutuante e a associação livre de ideias, para uma retomada crítica de nossas interpretações à luz de contribuições de outros autores.

Interpretações e Reflexões

Seguindo os procedimentos investigativos, criamos interpretativamente o campo de sentido afetivo-emocional denominado “Conciliando atividades”. Este campo é organizado ao redor da crença de que seria possível cuidar dos filhos e manter-se profissionalmente ativa. Evidências de condutas emergentes deste campo podem ser encontradas nos trechos a seguir:

Admiro e acho as mulheres que deixam carreiras promissoras em prol da família muito corajosas, mas definitivamente, eu não tenho essa coragem.

Eu poderia optar em contratar uma babá ou em parar de trabalhar fora, o que definitivamente não fazia parte dos meus planos. Ficar com os avós também não era opção, pois todos moram no interior. Optei pela escolinha consciente, segura da minha decisão. (...) Escolhi um lugar onde acreditei que minha filha estaria bem cuidada e acolhida, e tinha total consciência de que ninguém no mundo cuidaria dela do jeito que eu cuidaria. Isso é mais um fator que quem volta a trabalhar precisa aceitar. As coisas não serem feitas exatamente do nosso modo, não significam que elas estarão mal feitas.

Claro que ter o suporte de uma empresa que me permite certa flexibilidade de horários, fazer home office vez ou outra, que respeita os colaboradores como seres

humanos e entende as necessidades das mulheres que também são mães ajuda absurdamente!

Existem formas de lidar com isso (...) - Um deles é viver os momentos junto as crianças intensamente, aproveitar todos os minutos e segundos.

O campo de sentido afetivo emocional “Conciliando atividades” aponta para uma experiência emocional em que ser mãe torna-se uma tarefa complexa, pois coexistem aspirações de conciliar uma carreira profissional com os cuidados dos filhos que, em decorrência de condições sociais existentes, que discutiremos a seguir, geram sofrimento à mulher, ao marido e aos filhos. As mulheres se mostram preocupadas com o bem-estar de seus filhos e felizes com a maternidade, mas também manifestam interesse e aspirações de ascender em sua carreira profissional, tanto por realização pessoal, como por necessidade financeira, pois seu salário é importante no orçamento doméstico. Conciliar essas duas tarefas gera sofrimento, pois a mulher pode se sentir frustrada tanto com sua carreira profissional, que pode não se desenvolver como planejara, ao descartar oportunidades que conflitariam com o exercício da maternidade, como pode se sentir frustrada com a maternidade, culpada por não se dedicar aos filhos como acredita que deveria fazê-lo.

Estudo que realizamos entrevistando mães de classe média baixa (Gallo-Belluzzo *et al*, 2015), que não trabalham, também revelou a vivência de sofrimento por se sentirem muito solicitadas, sós e desamparadas nas tarefas materna e doméstica. Mesmo quando relatam que seu companheiro é mais solidário, ele não pode resolver o sofrimento pela sobrecarga e exaustão da mulher, pois não pode solucionar completamente um problema que é social e não apenas familiar ou conjugal. Afinal, as expectativas sociais atribuem à mulher a responsabilidade de acompanhar os filhos nas atividades escolares, de cuidarem de sua saúde, de acompanharem ao médico, de cuidarem de sua higiene.

Provavelmente, a responsabilidade quase que exclusiva da mulher de cuidar dos filhos deve-se a uma transposição social e cultural das suas capacidades biológicas de dar à luz e amamentar. Ao ser defendida por alguns autores, tais como Bowlby e

Winnicott, essa atribuição toma força e acentua a culpa de mulheres que abandonam a vida profissional para dedicar-se exclusivamente aos filhos. Entretanto, é importante ressaltar que a capacidade de cuidado não é assegurada ou determinada por faculdades biológicas. Ademais, toda e qualquer afirmação que parte de uma ordem biológica para falar de algo construído socialmente, deve ser questionada (Chodorow, 1978/1990). A nosso ver, cabe aqui lembrar de colocações de Hollway (2006), quando aborda a questão de que as mães realizariam suas atividades maternas de forma satisfatória a partir dos cuidados recebidos em sua própria infância. Ora, tal ponderação deixa evidente que seria possível aos homens, que foram igualmente cuidados quando meninos, usar essa base relacional para exercer esta atividade de cuidar de crianças.

Assim, é preciso salientar que a continuidade da espécie humana se dá com o evento da maternidade e com os cuidados dedicados às crianças, para que estas cresçam, preferencialmente, de modo saudável. Deste modo, ter filhos representa muito além da satisfação pessoal de casais, trata-se da continuidade da sociedade, da presença humana no planeta. Logo, os cuidados dispensados às crianças não devem ser tratados como um assunto privado, seguindo a ordem de “quem pariu que embale”, mas devem ser considerados uma questão social da mais alta relevância. Afinal, as mulheres, por se verem responsabilizadas constantemente pelo cuidado de crianças, podem encontrar dificuldade para a realização de suas potencialidades e, a longo prazo, desistirem massivamente da maternidade.

Logo, pensamos que uma solução seria a sociedade proporcionar condições para que a parentalidade seja uma tarefa compartilhada comunitariamente e que ela deixe de ser considerada, quase inteiramente, uma responsabilidade da mulher-mãe (Gottlieb, 2012; Hollway, 2006). Outra mudança relevante seria a implicação do pai no cuidado infantil, não como mero ajudante, mas sim como cuidador ativo. Em alguns países, como na Alemanha, o pai pode se ausentar do trabalho por um ano juntamente com a mãe, havendo o mesmo período de licença maternidade e paternidade⁴¹. É evidente que o fato dos salários das mulheres corresponderem a menos de setenta por cento dos salários dos homens (Banco Mundial, 2003) tem seu

41

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html>

papel, já que ganhando menos, ocupando posições mais baixas na hierarquia profissional, será primeiramente a mãe a parar suas atividades se a criança precisar de atenção parental, ou seja, a mulher-mãe é, ainda, mesmo com várias mudanças sócio históricas, considerada a maior responsável pelo cuidado de crianças - cerne da injustiça e desigualdade que tanto causa sofrimento. E, no contexto contemporâneo, em que a família é composta somente pelos pais e seus filhos, ela exerce tal cuidado quase que inteiramente sozinha, conciliando-o com suas outras atividades, como uma forma de dar continuidade à sua vida para além da exclusividade da maternidade.

Referências

- Aiello-Fernandes, R.; Assis, N.P.; Silva, R.D.M.; Leão, T.S.; Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2014). Racismo na MPB: um estudo psicanalítico. IN: *Anais da XII Jornada Apoiar-A Clínica Social: Propostas, Pesquisas e Intervenções*, São Paulo, SP, IP/USP.
- Ambrósio, F. F., Aiello-Fernandes, R., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013). Pesquisando sofrimentos sociais com o método psicanalítico: considerações conceituais. IN: *Anais da XI Jornada Apoiar: Adolescência: Identidade e Sofrimento na Clínica Social*. São Paulo, SP: IP/USP pp. 174-188.
- Ambrósio, F.F. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2014) A importância do conceito de campo no procedimento de Ambrósio e Vaisberg. IN: *Anais da XII Jornada Apoiar: A Clínica Social: Propostas, Pesquisas e Intervenções*. São Paulo: IP/USP, 122-134
- Araújo, G.S.; Mota, R.S.; Andrade, C.C.S.; Nascimento, L.C.; & Lima, C.C.O.J. (2014). Sofrimento psíquico em adolescentes vítimas de violência na gestação. *Ciência e Desenvolvimento – Revista Eletrônica da FAINOR*, 7(2), pp. 132-141
- Arós, A. C. S. P. C. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). Clube da luta: sofrimentos radicais e sociedade contemporânea. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11 (2), 3-17.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Badinter, E. (2010). *Le conflit: la femme et la mère*. Paris: Flammarion.
- Bleger, J. (1984). *Psicologia da conduta*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas. Obra original publicada em 1963
- Cabral, S., & Levandowski, D. (2011). Representações maternas de mães adultas: relato clínico a partir da entrevista. *Psicologia Clínica*, 23(2).

- Chodorow, N. (1990). *Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher*. Trad. Nathanael C. Caixeiro, Rio de Janeiro, RJ: Ed. Rosa dos Tempos. Original publicado em 1978
- Corbett, E. (2014) *Contos sem fadas: mães e filhos em situação de violência doméstica* / Tese (Doutorado). Campinas: PUC-Campinas, 137p.
- Corrêa, F., & Serralha, C. (2015). A depressão pós-parto e a figura materna: uma análise retrospectiva e contextual. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), pp. 113–123. doi:10.14718/ACP.2015.18.1.11
- Ferreira-Teixeira, M. C.; Gallo-Belluzzo, S. R. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). O imaginário da adoção homoparental no filme Patrik 1.5: considerações preliminares. In: *Anais da XII Jornada Apoiar- A Clínica Social: Propostas, Pesquisas e Intervenções*, São Paulo: IP/USP, p. 139-152.
- Gallo-Belluzzo, S. R., Ferreira-Teixeira, M.C., Sampaio, C.M., Basaglia, J., González, M. R., Monteiro, T. C., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2015). O imaginário coletivo de mães sobre a maternidade: considerações iniciais. IN: *Anais da XIII Jornada Apoiar-Cuidado e Prevenção em Saúde Mental: propostas e pesquisas*. São Paulo, SP: IP/USP, pp. 386-398
- Gottlieb, A. (2012). *Tudo começa na outra vida – a cultura dos recém-nascidos no oeste da África*. São Paulo, SP: FAP/Unifesp, 536 p.
- Granato, T. M. M., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Uso terapêutico de narrativas interativas com mães em situação de precariedade social. *Psico*, 42(4), p. 494-502.
- Herrmann, F. (2004). Pesquisando com o método psicanalítico. In F. Herrmann & T. Lowenkron (Orgs.), *Pesquisando com o método psicanalítico*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, pp. 43-83. Original publicado em 1979.
- Hollway, W. (2006) *The capacity to care: gender and ethical subjectivity*. (Women and Psychology). London, UK: Routledge
- Jesus, C. M. S., Jucá, V. J. S. & Barbosa, A. S. (2014). Maternidade, sofrimento psíquico e redes sociais. *Revista Epos*, 5(2), pp. 191-193.
- Langaro, F., & Pretto, Z. (2015). Experiências de parentalidade como fatores geradores de sofrimento em mulheres. *Fractal : Revista de Psicologia*, 27(2), pp. 130-138. doi:10.1590/1984-0292/453
- Moreira, R., & Raser, E. (2010). Maternidades: os repertórios interpretativos utilizados para descrevê-las. *Psicologia & Sociedade*, 22(3).

Patias, N., & Buaes, C. (2012). “Tem que ser uma escolha da mulher”! representações de maternidade em mulheres não-mães por opção. *Psicologia & Sociedade*, 24(2).

Rogoff, B. (2005) *A natureza cultural do desenvolvimento humano*, Trad. Roberto Cataldo Costa. Porto Alegre, RS: Artmed, 2005

Riemenschneider, F.; Ambrósio, F.F. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2011) Memoriais de estudantes de psicologia: um estudo psicanalítico sobre a motivação para a escolha do curso de Psicologia. *Anais da IX Jornada Apoiar: Violência doméstica e Trabalho em rede: compartilhando experiências – Brasil, Argentina, Chile e Portugal*. São Paulo: Instituto de Psicologia/USP, pp.204-211

Rossetto, M. S., Schermann, L. B., & Béria, J. U. (2014). Maternidade na adolescência: indicadores emocionais negativos e fatores associados em mães de 14 a 16 anos em Porto Alegre, RS, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(10), pp. 4235-4246. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141910.12082013>

Scott, A.S. (2012) O caleidoscópio dos arranjos familiares IN: Pinsky, C.B. & Pedro, J.M. *Nova história das mulheres no Brasil*. São Paulo, SP: Contexto.

Visintin, C. N.; Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2015). Investigando o imaginário da depressão pós-parto em blogs brasileiros. In: *Anais XIII Jornada Apoiar- Cuidado e Prevenção em Saúde Mental: Propostas e Pesquisas*. São Paulo: Instituto de Psicologia - USP, p. 261-266.

A EXPERIÊNCIA DE MULHERES-MÃES NA CLÍNICA PSICOLÓGICA DA OBESIDADE INFANTIL: CONSIDERAÇÕES PRELIMINARES

Maria Camila Mahfoud Marcoccia

Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

Resumo: O presente texto tem como objetivo apresentar e refletir sobre o atendimento psicológico realizado no contexto da clínica da obesidade infantil. Organiza-se ao redor de duas narrativas transferenciais, que versam sobre a histórica se vida de uma mulher-mãe, que tem uma criança obesa em atendimento, bem como sobre uma entrevista individual durante a qual foi utilizado o Procedimento Desenho-Estória com Tema. A consideração psicanalítica deste material permitiu a produção interpretativa de 2 campos de sentido afetivo emocional, a partir da qual um trabalho clínico-reflexivo aponta para importância de apreendermos o sentido da experiência materna, tendo em vista orientar intervenção psicológica que possa beneficiar mãe e filho.

Palavras-chave: Experiência emocional materna, criança obesa, Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema.

A clínica psicológica na saúde pública

Até a década de setenta, a atuação dos psicólogos ocorria predominantemente em clínica particular, destinada a pessoas com condição social elevada e em atividades de saúde mental ligadas à psiquiatria (Dimenstein, 1998). Foi na década de 80, com a implementação do Sistema Único de Saúde-SUS, que uma visão ampliada de saúde-doença passou a se impor, permitindo a inclusão, nos

diversos dispositivos de saúde, de profissionais outros além dos tradicionais, tais como psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, entre outros (Mencarelli & Aiello-Vaisberg, 2012). A saída dos psicólogos dos consultórios particulares e sua entrada em diferentes equipamentos de saúde pública ampliou o atendimento psicológico a segmentos mais desfavorecidos do ponto de vista socioeconômico (Aiello-Vaisberg, Ferreira, Ambrosio e Correa, 2005).

Este novo paradigma institui, então, um novo desafio: o trabalho em equipe. O que antes era decidido apenas pelos médicos, conta hoje com o auxílio de diversos profissionais e áreas de conhecimento (Tonetto e Gomes, 2007). Entretanto, alguns problemas surgiram dessa novidade. Observa-se, na área de saúde, a predominância da influência positivista, principalmente pelo enfoque na doença, na fragmentação da pessoa, no reducionismo biológico, na busca por resultados causa-efeito e na exclusão da subjetividade. Ao mesmo tempo, porém, nota-se um crescente interesse dos profissionais de saúde por um cuidado comprometido com a totalidade da experiência humana e com a qualidade do atendimento. Assim, a busca por paradigmas qualitativos como a psicanálise tem aumentado nos últimos anos (Gomes, Paiva, Valdés, Frota, Albuquerque, 2008).

A chegada de psicólogos nas equipes de trabalho das diferentes instituições de saúde ampliou a consciência acerca da importância da vida subjetiva emocional. Simultaneamente houve aumento da sensibilidade dos profissionais em relação às questões existenciais da população atendida, que geralmente sofre emocionalmente em virtude das condições concretas da vida, por exemplo, com a precariedade social (Aiello-Vaisberg, Ferreira, Ambrosio e Correa, 2005).

Também a psicologia teve que percorrer seu caminho. Segundo Bleger (1963), a psicologia inicialmente teve uma perspectiva mais tradicional, vendo os problemas como internos, definindo a alma, a mente ou o psiquismo como seu objeto de estudo. Predominava uma visão de homem como ser natural, isolado e abstrato, no sentido de que haveria uma essência originária que se teria corrompido ou distorcido pela influência da civilização, e que poderia ser reencontrada ou posta novamente em

primeiro termo. Nessa linha, o homem seria concebido como ser isolado, não social, que assimilaria gradualmente e com esforço a necessidade de se relacionar com outros indivíduos. Descarta-se, assim, mediante uma abordagem abstrata, qualquer necessidade de pensar suas manifestações como emergentes dos contextos concretos nos quais transcorre a vida.

O desenvolvimento da psicologia clínica tem superado a tradicional distinção entre casos orgânicos, emocionais e sociais, permitindo a compreensão de que tanto os doentes orgânicos como aqueles em estado de miséria vivem experiências de sofrimento (Aiello-Vaisberg, 2013). Observamos, portanto, que a inserção da psicologia clínica na saúde pública corresponde a um avanço na humanização da assistência. Entretanto, é necessário ao mesmo tempo um distanciamento de modelos abstratos que isolam o homem das situações reais e históricas.

A clínica psicológica na obesidade infantil

Se pensarmos no atendimento psicoterápico, em vertente psicanalítica, às crianças, observamos um itinerário que passa de um tratamento do mundo interno, concebido segundo uma visão kleiniana, cujo o objeto de trabalho são as fantasias inconscientes, para a consideração do diagnóstico ou tratamento, no contexto de uma dinâmica familiar (Finkel, 2009).

Muitas vezes a inclusão da família e - principalmente - da mãe no atendimento psicoterápico à criança tem como perspectiva a culpabilização dessa, de modo a responsabilizá-la. O cuidado infantil é visto de maneira geral como preocupação e responsabilidade da mulher, pois ela seria a que melhor entende as necessidades infantis, devendo se dedicar ao cuidado do infante (Granato, Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2011; Granato & Aiello-Vaisberg, 2013).

Partindo da perspectiva de Bleger (1963), contudo, não podemos entender a mãe como ser isolado, abstrato e natural. Pelo contrário: ela existe sempre na condição de ser social, concreto e histórico, em contextos vivenciais intersubjetivos. A mãe, no mundo em que vivemos, está inserida em condições que colocam sobre seus ombros a total responsabilidade pelo cuidado infantil. Entretanto, ao mesmo tempo em que é conduzida ao assumir a maternidade, as transformações atuais exigem que assuma responsabilidades profissionais, que se vinculam à responsabilidade total ou parcial pelo sustento da família. (Moura & Araújo, 2004; Visintin, 2016; Shulte, Gallo- Belluzo e Aiello-Vaisberg, 2016).

Quando fechamos o foco para a questão da obesidade infantil, notamos como o discurso sobre a responsabilidade materna revela-se bastante presente. Os estudos levantados, que relacionam a mãe ao sobrepeso da criança, tendem a considerar o fenômeno sob duas diferentes óticas: 1) como problema a ser sanado mediante instrução e educação nutricional; e 2) como problema a ser solucionado mediante atenção psicológica clínica a aspectos afetivo-emocionais.

Gostaríamos, entretanto, de aqui propor uma terceira perspectiva, que considera que as mulheres, que se tornam mães, estão mais ou menos amadurecidas emocionalmente, vivendo em condições mais ou menos favoráveis nos diversos âmbitos em que estão inseridas: relacional, cultural, saúde, histórico, financeiro etc. Afinal, o cuidado materno não é fenômeno isolado e abstrato que dependa exclusivamente da personalidade da mãe, mas algo que tem lugar no contexto de uma experiência inter-humana situada em contextos sociais, econômicos, culturais, históricos e geopolíticos (Aiello-Vaisberg & Granato, 2006). Compreendendo que, dadas as condições atualmente vigentes, essas mães surgem como elemento essencial no tratamento da criança obesa, valorizamos investigações sobre sua experiência emocional, visando produzir conhecimento que contribua para o aprimoramento dos atendimentos à criança com obesidade.

Bleger (1963) afirma que toda conduta está dotada de sentido enquanto acontecer humano. Investigar a experiência vivida pela mãe e como esta se expressa em seu

agir no tratamento do filho pode possibilitar compreensão mais ampla sobre a obesidade infantil. Assim, esse trabalho busca investigar e compreender que experiências as mães de crianças com obesidade vivenciam e como esta influi no tratamento. Cabe notar que embora o nosso foco de pesquisa seja a mãe, sabemos que a criança não é um sujeito passivo. Por isso, precisamos estar atentos a essa relação.

Neste artigo, apresentamos abaixo o caso de uma mãe com uma criança atendida diariamente em uma instituição que cuida de crianças com obesidade. Os relatos que se seguem trazem o relacionamento da mãe com a equipe, em especial com a psicóloga da instituição. Vale ressaltar que as narrativas, usadas como recurso metodológico, visam comunicar ao leitor a experiência vivida, convidando-o a uma aproximação sensível. Em seguida, apresentaremos a entrevista individual na qual foi utilizada o Desenho-Estória com Tema como recurso mediador dialógico. Apresentaremos a interpretação através dos campos de sentido afetivo-emocional criados/encontrados interpretativamente e, por fim, reflexões que tomam Winnicott e Giussani, autores antropológicamente convergentes, como interlocutores privilegiados.

Narrativa do caso clínico

Conhecemos⁴² Violeta⁴³ há cerca de dez meses, quando iniciou o tratamento de obesidade de seu filho Acácio, de 3 anos. Nesse período realizamos vinte e dois encontros. Destes, quatro foram atendimentos em conjunto com a assistente social, um em parceria com a nutricionista e quatro foram visitas domiciliares. Os demais atendimentos foram individuais.

Violeta leva seu filho à instituição diariamente para o tratamento e, assim, sempre nos encontramos, mesmo que não tenha atendimento agendado conosco. Às vezes,

⁴² Os atendimentos foram realizados pela primeira autora.

⁴³ Todos os nomes citados nesse relato são fictícios.

pelos corredores, trocamos alguma informação. Não costuma entrar nas salas de atendimento, dificultando a realização de atendimentos mais longos conosco, o que evidentemente diminui a possibilidade de focar em assuntos mais sérios.

Violeta nasceu em São Paulo, teve uma mãe que a educou de forma muito rígida, concluiu os estudos e começou a trabalhar cedo. É assim que começa a contar de sua vida, no segundo encontro. O primeiro havia ocorrido um ou dois dias antes, quando referiu forte preocupação com o comportamento agitado do filho. Nessa época, nossos encontros aconteciam nos seus horários de almoço. Violeta chegava sempre agitada, afoita, suave muito, parecia ter feito uma longa caminhada às pressas, embora viesse do seu trabalho que ficava a poucos metros da esquina. Os atendimentos eram bem cronometrados para que pudesse voltar para o emprego no horário. Pairava sempre, durante tais atendimentos, em sua maioria não agendados previamente, uma preocupação com o almoço dela que, por seu turno, afirmava que daria um jeito de ficar bem. Nesse dia, usou os quarenta minutos de duração da entrevista para falar sobre sua história. Apesar da mãe rígida, começou a namorar cedo, engravidou de um de seus namorados e deu à luz à primeira filha, Íris. Como a bebê ficava constantemente doente, Violeta saiu do trabalho para cuidar dela. Começaram então a passar alguns apertos financeiros. Foi quando Violeta decidiu, convidada por uma amiga, trabalhar como garota de programa. Fazia seu trabalho em uma casa de luxo de São Paulo, motivo pelo qual auferia ganhos expressivos. Viu-se, desse modo, com condições de oferecer à filha tudo que ela quisesse em termos materiais. A avó passou a cuidar de Íris enquanto Violeta trabalhava, mas ninguém da família conhecia a natureza de sua atividade profissional. Quando Dália, mãe de Violeta, descobriu como a filha ganhava dinheiro, expulsou-a de casa, fato que obrigou Violeta a residir, daí por diante, no local de trabalho. Íris ficou com a avó. Violeta passou a enviar dinheiro mensalmente e a fazer visitas esporádicas.

Posteriormente, Violeta se mudou de São Paulo para uma cidade litorânea, mantendo, todavia, a mesma atividade, morando sempre nas próprias casas noturnas. Nessa época, começou a namorar um rapaz, de quem engravidou. Dessa relação nasceu Yasmim, sua segunda filha. O esquema com a nova criança foi o mesmo: a avó cuidava dela enquanto Violeta trabalhava, sempre mandando o dinheiro, garantindo que nada material faltasse às crianças. Separou-se desse companheiro e veio para São Paulo novamente, desta vez para trabalhar em uma

casa um pouco mais simples, mas que ainda lhe rendia um bom sustento. Foi aí que, numa noite, engravidou de Acácio. Violeta desconfia de dois clientes que possam ser os pais, mas não foi atrás para descobrir. Quando ficou sabendo que estava gestante de um menino, decidiu parar de trabalhar. Não sabe explicar bem a motivação de sua decisão, mas diz acreditar que pode ter sido impelida pelo fato de que sempre sonhou ter um filho homem...

Violeta então volta a morar com a mãe e as filhas, até que a mãe, D. Dália, se casa novamente, deixando a casa. Assim, Violeta se vê sozinha com os três filhos pela primeira vez. Íris tem 17 anos e está gestante, Yasmim tem 11 anos e Acácio 3 anos.

Quarenta minutos foram pouco para que ela contasse essa história atribulada e surpreendente, uma vez que sua aparência não indicava o exercício da prostituição, uma vez que Violeta tinha engordado 50 quilos após a gestação de Acácio. Nessa linha, chegou a declarar explicitamente que não queria emagrecer nem se cuidar porque desse modo poderia sofrer a tentação de voltar a esse trabalho. Seus olhos se encheram de lágrimas ao falar do assunto, referindo “é trabalho fácil para quem não conhece”. Nesse momento, deixava transparecer o sofrimento vivido nesses doze anos de trabalho com o próprio corpo. E diz: “Acho que troquei o sexo por chocolate, por isso estou desse tamanho”. Ela sabe que o tratamento de Acácio requer envolvimento de toda família, mas não sabe se está preparada para isso.

Acácio chegou até nós, encaminhado pela Unidade Básica de Saúde – UBS. Por se tratar de um caso de obesidade grave iniciou quase imediatamente o assim que possível o tratamento em regime de semi-internato⁴⁴. Ao chegar com o filho, Violeta transmitia muita emoção por meio da fala agitada que usava para enunciar, literalmente, um pedido de socorro. Sua descrição do filho lembrava um personagem da Disney, o Taz, que anda feito um furacão e destrói as coisas por onde passa. Disse, inclusive, que muitas noites dorme fora de casa (na casa de uma amiga) para poder descansar da criança, deixando-a aos cuidados das irmãs. Conta que Acácio come vorazmente grande quantidade de alimentos, chegando a vomitar até vomitar. A mãe não sabe como controlar seu comportamento, deixando bem evidente que enfrentam uma dificuldade de relacionamento. Entretanto, o mais intrigante, do ponto

⁴⁴ Trata-se de tratamento com duração de dez horas por dia, realizado em cinco dias da semana, de segunda a sexta-feira.

de vista clínico, é o fato da descrição de Acácio, feita por sua mãe, destoar muito do comportamento do menino diante dos vários profissionais da instituição de atendimento, quando o menino se mostra colaborativo e tranquilo, sem deixar de apresentar características saudáveis esperadas para crianças de sua idade.

Depois do primeiro atendimento nunca mais veio às consultas agendadas, preferindo conversas rápidas sobre questões pontuais, do que resultou, evidentemente, a impossibilidade de aprofundamento em determinados temas, mais significativos do ponto de vista emocional. Não fica difícil perceber que Violeta tem medo de entrar em contato com suas questões, bem com as do filho. Uma constante em suas colocações é o modo pelo qual localiza os problemas de comportamento de Acácio sempre no próprio menino, evitando abordar o vínculo existente entre ambos.

Apenas numa única vez, Violeta permitiu-se referir ao relacionamento com o filho, afirmando que se apercebe da existência de uma ligação muito forte e singular com a criança. Relata, então, que quando está, ela mesma, com vontade de comer, acha que ele também está e se apressa em alimenta-lo, sem nem perguntar à criança sobre sua fome. Por conta da situação financeira atual, não pode mais dar qualquer bem material, independente do preço, como fez com suas filhas, então compensa com pequenas guloseimas. Esta declaração ocorreu de forma rápida e inusitada, e a ela se seguiu uma retomada do equacionamento das questões a partir da ideia de que o menino seria problemático por sua própria índole.

Acácio começou a faltar à instituição. Após várias tentativas, por parte da instituição, de tentar motivar a volta da criança, a mãe restabelece contato e conta a criança está com uma alergia atópica, motivo pelo qual considera necessário interromper o tratamento. Revela, também, que deixou o emprego e que está vivendo às custas de doações de amigos e da mãe. Após algumas conversas com Violeta, Acácio retorna a nossa entidade, porém de forma pouco frequente. Parece-nos evidente que um processo de resistência da mãe ao tratamento está instalado.

Em meados de abril nasce Jacinto o neto de Violeta, filho de Íris. Como as faltas de Acácio seguem muito frequentes, realizamos uma visita domiciliar. Violeta parece imersa em um furacão, tomada por problemas financeiros que impedem o pagamento do aluguel e das demais contas. Iris poderia ajudar mais nos cuidados da casa. Yasmim preocupa porque passou a praticar pequenos furtos. A mãe e o

padrasto têm brigado com grande frequência. Acácio continua bastante agitado e seu quadro de alergia ainda não se resolveu.

Durante essa visita domiciliar, Acácio comportou-se segundo as descrições da mãe – e de modo absolutamente diverso ao que assumia sempre na instituição. Ele corria para cima e para baixo e destruía as coisas, chamando atenção o tempo todo para si. Violeta praticamente o ignorava, permanecendo indiferente às ações do filho, numa atitude permissiva, como se estivesse frente a acontecimentos habituais, ainda que a conduta do menino fizesse temer quedas, ferimentos e destruição de objetos da casa. As irmãs de Acácio tinham maior domínio sobre a criança, pareciam mais preocupadas também e chegavam a intervir em muitos momentos. Essa cena se repetiu em todas as visitas realizadas e, apesar de serem constantes, nunca deixaram de chamar atenção. Houve uma vez em que Acácio destruiu uma cadeira e rasgou a toalha de mesa inteira, provocando na mãe um único comentário: “é assim”. Quando observamos que o comportamento agitado parece diminuir quando Acácio recebe atenção, Violeta responde que com ela as coisas não acontecem desse modo.

Acácio, como suas irmãs, algumas vezes, abria e fechava a geladeira pegando coisas para comer à vontade. Violeta conta rindo situações em que Acácio come vorazmente para depois avançar no prato das irmãs. Outras vezes, a mesma situação provoca-lhe choro, por não saber como proceder. A família tem um cachorrinho. O relacionamento de Acácio com Dob lembra um desenho animado no qual uma criança aperta, amassa e acaricia um animal de estimação de modo inadequado. Violeta precisou afastá-lo do cachorro por causa da forte alergia, mas relata que quando acordava a noite, Acácio estava dormindo na cozinha com Dob.

As dificuldades de relacionamento da mãe com o filho são muito evidentes. Precisa da ajuda das filhas para buscar o menino na instituição, ao final do dia, não deixando de comentar, meio de brincadeira, que o sossego vai acabar no momento em que se reencontrar com Acácio. Tais falas despertam-nos sentimentos de compaixão pelo que perceber existir entre Violeta e Acácio.

Durante esse processo, Violeta revelou ainda amamentar o filho e necessitar de ajuda para realizar o desmame. Entretanto, não conseguiu tirar Acácio do peito, evidentemente dispensável do ponto de vista nutricional, nos procurou para pedir

ajuda com o desmame. Conversamos sobre o tema, mas ela nunca conseguiu tirar Acácio do peito, argumentando que não consegue vê-lo chorar ou então que ele mama sem que ela perceba, enquanto ela está já dormindo.

Num dado momento do atendimento, recebemos uma carta da Promotoria da Justiça relativa a denúncia anônima que acusava Violeta de maus tratos aos filhos. Colocada diante do fato, Violeta referiu conflitos constantes com a filha mais velha, que incluíram uma briga de faca durante a gestação da moça, ocorrência que gerou registro de queixa policial contra a mãe. Ficamos surpreendidas com esse relato, pois Violeta e Iris comportavam-se, habitualmente, como boas companheiras.

Violeta nunca mais voltou a trabalhar, conseguia dinheiro com amigos e mediante recebimento de benefícios do governo. Sua mãe, Dália, ajudava com aluguel e compras. Entretanto, também Dália veio a enfrentar complicações financeiras, de modo que acabaram não podendo quitar regularmente o aluguel e a energia elétrica. Violeta engajou-se numa ocupação temporária, para evitar o corte da luz, mas logo retornou para sua situação de desemprego.

Por conta das dificuldades financeiras da mãe, Violeta foi obrigada a sair de sua casa e procurar um novo local para morar. Inicialmente não acreditavam que um despejo pudesse acontecer, em virtude de haver crianças pequenas em casa. Após várias conversas sobre esse tema, a família resolveu dar um passo e alugou outra casa. Surgiu então um impasse, uma vez que tem um cachorro que não poderia acompanhá-los porque animais não seriam admitidos no novo espaço. Entretanto, Violeta equacionava o problema de modo curioso, atribuindo à Dália, que não permitiria a doação do animal, a responsabilidade pelo problema, como se sua própria mãe detivesse poder sobre algo que, afinal de contas, corre sob sua própria responsabilidade. Seu tom, bem como o conteúdo da questão, aponta uma dificuldade grande em posicionar-se em termos adultos.

Violeta nunca frequentou de forma assídua o tratamento e sua adesão às orientações e indicações dos profissionais sempre foi difícil. Vemos que ela apresenta claro um pedido de ajuda, mas muito distante de si, o que dificulta o atendimento. Todos os profissionais envolvidos parecem tocados pela gravidade da obesidade da criança,

pela história sofrida da mãe e pela dramática familiar. Além disso, são muitas as interrogações acerca da condução do caso.

Narrativa da entrevista individual

Violeta entra na sala um pouco afoita e, antes de qualquer coisa, começa a justificar as faltas da criança. Percebemos Violeta na defensiva, como se nos empurrasse para trás, como se estivesse tentando já justificar uma bronca que receberia. Entretanto, percebendo-se acolhida, e não criticada, vai ficando mais tranquila, menos na defensiva. Quando a percebemos aberta para outras questões, fizemos a proposta de um atendimento diferente. Seus ombros caíram e o rosto ficou relaxado. Talvez ela imaginasse que o atendimento havia sido marcado para falar das faltas e cobrar-lhe algumas atitudes, o que justificaria sua postura inicial. Como não foi isso que aconteceu, tivemos a impressão de que se permitiu participar do atendimento desarmada.

Antes de começar o desenho, Violeta quis colocar algumas dificuldades com o nosso tratamento – não sabe se Acácio poderá continuar conosco devido ao seu horário de entrada no trabalho e dificuldade em conseguir ajuda para trazê-lo, pois tem se sentido muito cansada e sofrido fortes dores na coluna, sem contar que tem tido esquecimentos frequentes.

Conversamos sobre como ela está vivendo todas essas circunstâncias e Violeta traz um cansaço intenso, uma dificuldade na qual parece que tudo é um peso e não sabe o que fazer com isso. Deseja soluções rápidas, que não demandem muito esforço, pois estaria no limite de suas forças.

Ao iniciar o desenho Violeta se soltou mais ainda, mostrando-se bem à vontade, segundo um padrão de contato que não lhe é habitual. Violeta se voltou para si e trouxe algumas questões que nunca trouxera. É como se algo tivesse se aberto.

Começa falando da preocupação com a filha do meio, Yasmim, que está apresentando comportamento de furto de pequenas coisas. Trouxe um episódio em que viu a filha com um menino diferente, estranho, acrescentando que teme que esse

leve Yasmim para o mau caminho. Fala que vê a filha furtando, mas tem vergonha de voltar à loja e fazê-la devolver. Sua atitude tem sido a de conversar com a menina, mas não vê efeito. Conta que a irmã mais velha, Íris, briga e bate na irmã por esse comportamento e aprova esse tipo de relacionamento entre as irmãs. Seu posicionamento demonstra vontade de que a filha mais velha assuma a responsabilidade pela educação da irmã mais nova, enquanto a mãe de ambas não se vê implicada com a formação de Yasmim.

Em seguida, emenda uma fala de preocupação com Íris, que está trabalhando e quer ir morar com o namorado, pai de seu filho. Violeta não sabe como ficará sem Íris em casa, mas não quer se aprofundar no tema. Percebemos que, dentre tantas dificuldades, a saída de Íris de casa é algo que a preocupa bastante. Será por essa liderança e responsabilidade que a filha assuma? Por essa experiência de companhia ao enfrentar todas as coisas?

Chega então a Acácio. Seu desejo é levá-lo ao neurologista para que receba um diagnóstico e medicação contra a agitação. Refere saber da diferença de comportamento quando a criança está com e sem ela, mas precisa de ajuda porque não sabe mais o que fazer. Aparentemente, gostaria que ele tivesse uma doença orgânica para tirar de si qualquer responsabilidade frente à agitação da criança.

A partir daí, começou a abordar a dificuldade que está tendo com a mãe, principalmente quando aquela quer educar os netos de um jeito diferente do seu. Novamente aqui nos veio em mente a dificuldade de Violeta de assumir suas responsabilidades como mãe. Entretanto, parece muito presente e inteira ao referir os problemas de relacionamento com Dália. Seus olhos se enchem de lágrimas ao dizer que se sente sozinha e que observa que Acácio é deixado de lado pela avó. Conta que briga muito com a mãe por isso. A partir daí, relata vários episódios de brigas com ela e o padrasto, dizendo que a mãe 'faz a caveira' dela para as filhas pelas costas. Conta, a partir disso, que o relacionamento entre elas sempre foi muito conflituoso e que, por isso, foi para prostituição e saía de casa por meses. Conta que foi para esse trabalho para ter independência financeira e emocional da mãe. Diz que às vezes tem vontade de fazer como antes, largar tudo, voltar a essa vida e sumir por meses, mas o que a impede de fazer isso é Acácio. Não sabe dizer bem ao certo o porquê. Acredita que é porque ele é homem, que sempre foi seu sonho

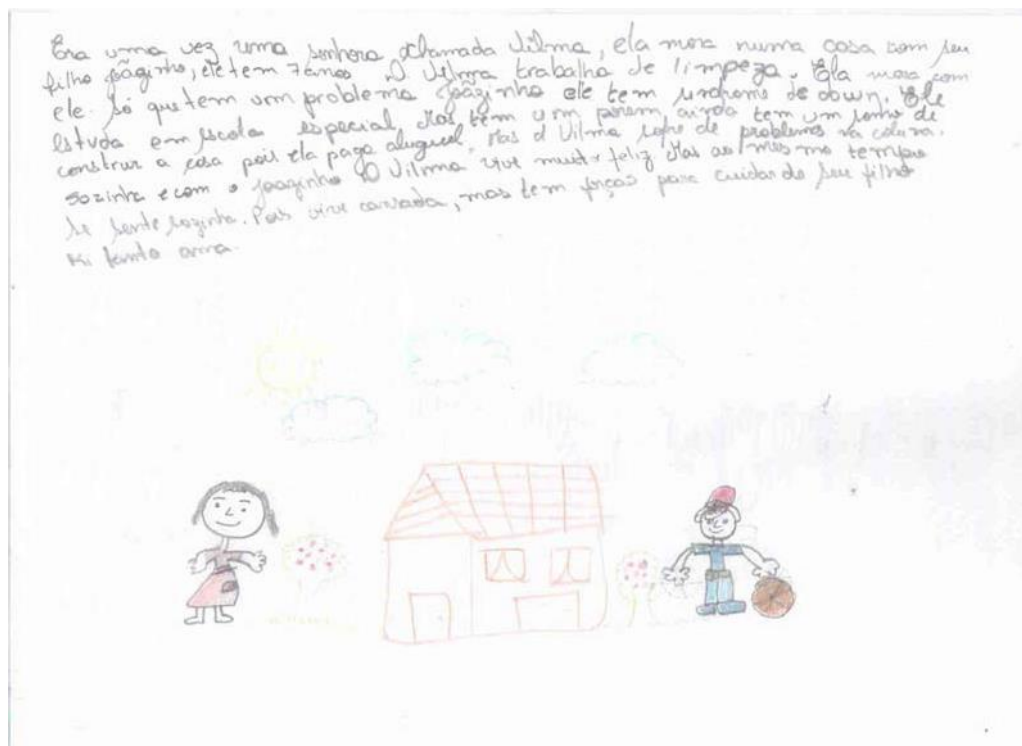
ter um menino, mas não está inteiramente convencida em relação a essa explicação, apenas se contenta com ela. Fala de voltar a fazer programa à noite como uma possibilidade de presentear o filho com o que ele quiser ou de poder levá-lo a locais legais. Conta que as pessoas ligam fazendo proposta, mas pensa no Acácio e permanece firme. Violeta faz uma comparação disso com as drogas. Diz que é um vício, tanto o sexo como o dinheiro. Volta a falar da mãe, que só se propôs a ajudá-la quando viu que há dois anos a filha tinha outro trabalho. Traz uma dor intensa pelo fato de sua mãe não ter acreditado em seu propósito de abandonar a prostituição. Foram 12 anos trabalhando na noite e quando ela resolve parar, Violeta sofre pelo não apoio dos familiares. Falou também que Íris sempre foi sua parceira, no sentido que nunca escondeu da filha o seu trabalho, desde pequena Íris sabe de tudo – o que indica que não percebe Íris como filha e sim como amiga.

Violeta termina o desenho e quer ela mesma escrever a história. Durante a escrita pergunta coisas sobre o tratamento, festa de natal e férias.

Ao final, percebemos que está envergonhada da história que escreveu e, quando a lê para nós, fazemos muitas associações com o que conversamos e o que ela vive. A mãe que se sente sozinha, tem dores na coluna e está cansada; o filho que estuda em uma escola especial e tem uma doença com um nome específico que justifica as dificuldades.

Antes de ir embora, agradece afetuosamente por esse atendimento, declarando-se disposta a aprofundar a conversa sobre certos temas de sua vida.

Desenho



História

Era uma vez uma senhora chamada Vilma, ela mora numa casa com seu filho Joãozinho, ele tem 7 anos. Dona Vilma trabalha de limpeza. Ela mora com ele, só que tem um problema Joãozinho ele tem síndrome de Down. Ele estuda em escola especial, mas tem um porém, ainda tem um sonho de construir a casa pois ela paga aluguel. Mas dona Vilma sofre de problemas na coluna. Sozinha e com Joãozinho d. Vilma vive muito feliz. Mas ao mesmo tempo se sente sozinha. Pois vive cansada, mas tem força para cuidar do seu filho ki tanto ama.

Interpretações e Interloquções Reflexivas

A consideração da narrativa do caso clínico, da narrativa da entrevista e da história, produzidos pela participante, permitiu a interpretação de dois campos de sentido afetivo- emocional: “Estou diante de um menino” e (2) “A mamãe dos meus sonhos”.

O campo “Filho dos meus sonhos” organiza-se ao redor da fantasia de que ter um filho homem traz intensa felicidade e realização.

O campo “Mamãe dos meus sonhos ” organiza-se ao redor da crença de que o relacionamento de que ser amado pela própria mãe traz intensa felicidade e bem-aventurança.

Neste estudo, a participante trouxe espontaneamente o seu relacionamento com os filhos e com sua mãe, exemplificando o seu modo de se comportar no mundo. Assim, desvelou, como primeiro campo psicológico não-consciente, “Filho dos meus sonhos”, a fantasia de um filho capaz de resgatá-la, transformando sua vida infeliz em destino realizado. Complementarmente, trouxe, também, um segundo campo, centrado à fantasia de que ser amada pela própria mãe corresponde à conquista de felicidade e bem-aventurança.

A partir da narrativa do caso clínico, assim como da entrevista individual ao redor do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, percebemos que essa mulher-mãe busca um lugar em que possa constituir-se como pessoa, vivendo uma vida significativa para si e para o outro. Interessante notar que no primeiro campo de sentido afetivo-emocional Violeta figura na posição de mãe, enquanto no segundo ocupa a posição de filha.

A nosso ver, há indícios suficientes para afirmarmos que Violeta se encontra fundamentalmente enredada na necessidade de firmar seu valor pessoal diante de sua própria mãe. Fica evidente uma fantasia, que inclusive determina arranjos familiares, de ter filhas e filho para agradar sua mãe que, de fato, assume uma posição matriarcal na família. Ao entregar as filhas para a mãe, mantendo-se distante, numa vida em que a relação sexual é tornada não erótica, na medida em que instrumentalizada para obtenção de dinheiro, a ser usado no sustento próprio e familiar. Violeta consegue uma certa estabilidade. Contudo, do filho, ativando fantasias de salvação pessoal e de agradar a própria mãe, não encontra ressonância, na medida em que Dália rompe com a coabitação com os netos para casar-se. Aqui, provavelmente, os sonhos de Violeta, de constituição de uma união entre ela, sua mãe e seu filho, vêm terra abaixo, desestabilizando-a emocionalmente. O filho idealizado passa a ser vivenciado como malévolo, doente e estragado na medida em

que não cumpre, com sua presença, o alcance da bem-aventurança ardentemente necessitada.

Como se vê, Violeta não parece amadurecida do ponto de vista emocional, concebendo a maternidade como uma questão entre mãe e filha, onde o bebê figura basicamente como boneca, que nada tem a ver com a relação entre homem e mulher. O filho homem é mais uma boneca de sexo masculino, fantasiada como meio de obter agradar à avó materna do que propriamente o fruto do encontro erótico. Nesse contexto, a ligação com os homens permanece instrumental, na medida em que podem servir não apenas para obtenção de dinheiro, pela venda de favores sexuais, como também para doação de material genético que permite a gravidez.

Tais hipóteses, de natureza psicanalítica, provém uma razoável compreensão do drama vivenciado por uma pessoa que se torna adulta, tornando-se capaz de atos de que as crianças são incapazes, sem atingir um amadurecimento emocional que lhe permita superar um posicionamento infantil de dependência relativa da mãe (Winnicott, 1965). Contudo, a nosso ver, nossa compreensão pode se ampliar, com fortes consequências positivas para a prática clínica, se complementarmos a visão psicanalítica, que na vertente winnicottiana inclui a postulação de uma tendência de auto-realização, com aportes axiológicos, como bem aponta Bleger (1963), ao abordar os níveis de integração da conduta. Uma das alternativas promissoras, nesse sentido, é a teoria da experiência elementar de Giussani (2009).

O conceito de experiência elementar corresponde a uma categoria antropológica de análise, forjada por Giussani (2009), que a define como um crivo originário subjacente, como conjunto de exigências fundamentais, a toda conduta humana. Tais exigências incluiriam a de ser feliz e amado, bem como a de busca pela verdade, pela justiça, pela beleza. Partindo dessa concepção de Giussani (2009), Mahfoud (2012) fala também da exigência de ser, que consistiria na exigência de dizer “eu” de um modo próprio, de ter um lugar no mundo.

Conseguimos identificar essa exigência em Violeta. Ela tem um critério muito preciso para dizer “eu sou” ou “eu não sou”, “sou algo grande” ou “sou a pior”. Tudo nela expressa essa exigência de ser. Mahfoud (2012) afirma ainda que a exigência de ser não é a exigência de autonomia, mas de dependência, pois, para ser, dependo. De

fato, para poder ser, preciso do outro que me receba no mundo, preciso que minha existência faça sentido verdadeiro no mundo e na história:

“A formulação do sentido de minha existência depende de que ela faça diferença num certo contexto, de que faça diferença, que eu deixe minha marca. Sem ser recebido no mundo humano, eu não teria condições de exercer meu dinamismo próprio, não chegaria a ser eu mesmo. A exigência de ser é absolutamente radical: diante da impossibilidade, há a dor da não realização; mas a exigência não desaparece” (Mahfoud, 2012, p.55).

Entretanto, cumpre lembrar que a busca pela realização dessa exigência, que é reconhecida, no texto winnicottiano, na teoria de constituição do *self*, ocorre concretamente, no percurso de vida de cada um. A mesma exigência se apresentará de diferentes formas, que caberá ao psicólogo reconhecer, conforme o grau de amadurecimento emocional atingido (Winnicott, 1965), conforme os modos como o ambiente humano esteja organizado para acolher e atender às necessidades das crianças. Aqui, cumpre lembrar que o bebê humano não sobrevive biologicamente nem se constitui psicologicamente fora do ambiente humano, mas que os arranjos culturais a partir dos quais as diferentes sociedades lidam com esse fato são muito diversos entre si. Resta, contudo, também como fato, que o bebê humano não sobrevive sem a mãe biológica apenas durante a gestação, uma vez que pode, e efetivamente vem sendo amamentado, por qualquer outra mulher. Portanto, a extrema importância da mãe biológica deve ser considerada *como* um fato cultural e não como questão natural (Gottlieb, 2012; Rogoff, 2003) – ponto extremamente importante quando combatemos os mitos do homem natural, abstrato e isolado (Bleger, 1963).

Ora, a exigência de ser, cuja importância Mahfoud (2012) destaca bem, ocorre, no quadro pessoal marcado por forte imaturidade emocional, num contexto social fortemente marcado por imaginários que atribuem à mãe biológica total responsabilidade pelo cuidado dos filhos e pela garantia de sua realização como pessoas. Assim, não surpreende constatar que a necessidade de se constituir como *self*, vale dizer, como singularidade pessoal, venha a se expressar, na vida de Violeta, como luta incansável e desesperada pela obtenção de um olhar de entusiasmo, alegria e encantamento de sua mãe. Na luta por esse olhar várias

estratégias têm sido usadas, figurando, como trunfo maior, a apresentação do próprio filho homem, fantasiado como verdadeiro salvador que a resgataria, ao agradar a avó materna, de um não-viver.

Ora, cabe, entretanto, lembrar da existência de um menino real, que sofre impacto das fantasias que evidentemente marcam o comportamento da mãe. Se sonhar com um menino salvador é um fenômeno absolutamente compreensível, à luz da psicanálise, iluminada pela antropologia filosófica de Giussani (2009), não podemos ignorar que Acácio, nesse quadro, não pode ser visto em sua singularidade pessoal, o que certamente prejudicará seu processo de desenvolvimento. Seu drama é complexo, pois não é apenas fantasiado como menino dos sonhos, mas também como o salvador que não conseguiu operar a salvação, tornando-se alvo de afetos contraditórios por parte de sua mãe.

Winnicott (1956) indicou o quanto a maternagem exercida encontra-se intrinsicamente relacionada ao desenvolvimento da saúde mental do indivíduo. Apontava, assim, para diversas funções, exercidas pela mãe, que contribuíam incisivamente para o seu desenvolvimento do bebê.

De acordo com uma perspectiva winnicottiana, tomada em termos praticamente literal, compreendemos que a mãe seria biologicamente condicionada a lidar com as necessidades do bebê. Identifica-se consciente e inconsciente com o seu filho enquanto esse, por outro lado, encontra-se num estado de dependência absoluta. A dedicação total ou quase total da mãe proporcionaria um ambiente acolhedor e de cuidados, físico e afetivo, que seria essencial para o desenvolvimento humano saudável do bebê. A mãe desenvolveria uma função fundamental, à medida em que entraria num estado especial de experiência, que denominou “preocupação materna primária”, que a capacitaria, conforme seu próprio amadurecimento emocional, a prover um ambiente suficientemente bom para seu bebê (Winnicott, 1956).

Entretanto, quando não focalizamos a mãe de modo natural, abstrato e isolado (Visintin, 2016), percebemos que é sua sensibilidade pessoal, ancorada no próprio amadurecimento pessoal, o que lhe permite acolher o filho, nas suas necessidades, de forma dosada, tornando-se, assim, uma “mãe suficientemente boa”. É nessa provisão de um ambiente suficientemente bom que se permite ao bebê a inicial

experiência de “ser desde seu próprio ponto de vista”, de começar a existir e de constituir como uma incipiente continuidade de ser que se atualizará como um self pessoal unitário (Winnicott, 1965). Na medida em que o bebê se desenvolve, faz a passagem de uma dependência absoluta, na qual ainda não existe “desde o seu ponto de vista” até o enfrentamento do mundo com os seus próprios recursos. Porém, não são todas as mães que conseguem ser “suficientemente boas”, tanto em virtude de sua eventual imaturidade como do enfrentamento de que situações atuais adversas, do que podem resultar prejuízos mais ou menos importantes no desenvolvimento da maternagem.

Para que esta relação se desenvolva é necessário que a mãe exerça sua função de modo suficientemente bom. História de vida, de cuidado e de afeto podem influenciar a qualidade dessa relação. A instabilidade emocional, doenças mentais ou físicas, principalmente se associadas a condições econômicas precárias, podem prejudicá-la ou até incapacitá-la a cuidar de seu filho, causando prejuízo ao desenvolvimento físico e mental da criança. Esse desempenho insuficiente na função materna aumenta o risco de atrasos no desenvolvimento, de acidentes e de doenças, inclusive a obesidade (Nascimento, Falcone, Spada, Mader & Nóbrega, 2003).

Quando Violeta diz sentir fome e dar de comer ao seu filho, sem nem prestar atenção à criança real, que ter diante de si, revela que não está sendo capaz de favorecer o amadurecimento emocional da criança, vale dizer, os processos de desenvolvimento de *self* que, como sabemos, exige um ambiente propício. Quando o processo de amadurecimento não pode fluir, sobrevém prejuízos que, no caso de Acácio, expressam-se sobre forma de obesidade e comportamento agitado em casa. Também a dificuldade de desmame se coloca aqui reveladora de dificuldades da mãe.

Com relação ao segundo campo de sentido vivencial, denominado “Mamãe dos meus sonhos”, podemos verificar que Violeta vive uma falta de acolhimento dessa mãe – enquanto, como vimos, não está conseguindo acolher o próprio filho, em função de sua imaturidade emocional. Para ajudar essa mulher, que vive esta experiência, devemos, de acordo com Winnicott (1956), abordar sua própria necessidade de acolhimento, favorecendo que possam vir, mediante

amadurecimento, a acolher seus filhos. Afirmo esse autor a necessidade de *holding* voltado às mães dos recém-nascidos propiciando o desenvolvimento de uma capacidade verdadeira de cuidado do bebê, que se assentaria plenamente em sua sensibilidade – e não, como muitos costumam acreditar, em processos meramente de identificação (Couto, Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2007; Aiello-Vaisberg, 2006).

Nesse caso, nossa função seria privilegiar um *holding*, no qual a postura devotada do analista se volta à sustentação emocional do paciente, de modo a favorecer as mudanças existenciais:

“Trata-se de se fazer presença devotada e disponível, no âmbito limitado do encontro terapêutico, sustentando um campo inter-humano propício ao acontecer genuíno, onde um gesto verdadeiro possa ter lugar e ser acolhido, porque é exatamente esse acolhimento que pode encorajar o indivíduo a se vincular com sua condição de vivente, ao libertá-lo de agonias impensáveis que inviabilizam sua existência” (Aiello-Vaisberg, 2003:17).

Segundo o estilo clínico “Ser e Fazer”, é essencial que possamos reconhecer, transferencialmente, o tipo de *holding* de que cada paciente necessita, pois não faz sentido sustentar igualmente pessoas que se encontram em diferentes fases de amadurecimento emocional, nem enfrentando situações de vida muito diversas, tais como a da mãe de um bebê, a do idoso que acaba de enviuvar ou a do jovem que se prepara para um vestibular. A percepção transferencial pode ser auxiliada pelo que observa Mahfoud (2012), desde a leitura que faz da teoria da experiência elementar. A seu ver, trilharíamos um caminho promissor se pudéssemos aprofundar a dor para chegar a explicitar a exigência, a urgência que vibra numa dada tristeza, angústia ou desespero. Desse modo, poderíamos explicitar o bem ausente que está sendo exigido.

A partir da compreensão sobre que bem se encontra ausente, provocando sofrimento, fica evidente aquilo que está sendo buscado. Compreender e aprofundar essa dor seria em outras palavras não fugir da verdade emocional ou evitar defesas que nos distanciem da verdadeira experiência que está sendo vivida. Não é que

devamos valorizar o sofrimento por si só, mas apreende-lo a fim de que nos mostre aquilo que nos falta, o bem essencial para nossa realização, gerando então um movimento de busca. É olhando para a totalidade da experiência que apreendemos o seu significado e podemos assim gerar recursos pessoais para lidar com sentimentos e circunstâncias.

Tais ideias nos parecem muito valiosas, mas chamamos atenção, para um fato, bastante claro no contexto do estilo clínico “Ser e Fazer”: a compreensão acerca da exigência não atendida não deve se traduzir numa apressada tradução numa sentença interpretativa, que teria caráter doutrinário e, nessa medida, correria o risco de, mesmo sendo correta e verdadeira, vir a ser escutada pelo falso *self* (Aiello-Vaisberg, 2003). Assim, advertimos para o fato de que a percepção do bem buscado servir para orientar as formas de configuração do *holding*, mas não para uma explicitação direta a ser verbalmente apresentada ao paciente.

No caso de Violeta, ao identificarmos essa exigência de ser, que ilumina as formas pelas quais o *holding* deve se configurar, no campo transferencial, podemos pensar estratégias e manejos na clínica que favoreçam uma real mudança na própria experiência e dinâmica de modo a beneficiar mãe e filho. Essa experiência aqui descrita amadurece o nosso olhar para formulação de intervenções na qual o reconhecimento, posicionamento e sustentação do “sentir-se vivo e real” dessas mulheres-mães sejam considerados na clínica psicológica da obesidade infantil.

Referências Bibliográficas

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2003) Ser e Fazer: Interpretação e Intervenção na Clínica Winnicottiana. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 95-128.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Experiências de humilhação e pobreza na perspectiva da Psicanálise Winnicottiana e da Experiência Elementar. In VIII Seminário Experiência Elementar em Psicologia: desafios contemporâneos, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFMG, Belo Horizonte, MG.

Aiello-Vaisberg, TMJ. (2006). Apresentação. In Aiello-Vaisberg, T.MJ.; Granato,T.M.M. *Ser e Fazer na clínica winnicottiana da maternidade*. São Paulo: Ideias & Letras.

Aiello-Vaisberg, TMJ; Ferreira, JC; Ambrosio, FF & Correa, YB. (2006) Arteterapia Winnicottiana no Cuidado a Profissionais de Saúde Mental. In: Ramos, C; Silva, GG & Souza, S. (Org.). *Práticas Psicológicas em Instituições: uma reflexão sobre os Serviços-Escola*. São Paulo: Vetor, p.356-365.

Bleger, J. (1963/1984) *Psicologia da conduta*. (Trad. Emília de Oliveira Diehl). Porto Alegre: Artes Médicas.

Couto, THAM; Tachibana, M & Aiello-Vaisberg, TMJ (2007). A mãe, o filho e a Síndrome de Down. *Pandeia*, 17(37), p 265-272.

Dilmensteis, MDB (1998). *O psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS): perfil profissional e perspectiva de atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs)*. Tese de Doutorado em Psiquiatria, Psicanálise e Saúde Mental., Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Gottlieb, A. (2012) *Tudo Começa na Outra Vida*. São Paulo: Unifesp.

Finkel, LA (2009). O lugar da mãe na psicoterapia da criança – uma experiência de atendimento psicológico na saúde pública. *Psicologia Ciência e Profissão*, 29 (1), 190-203.

Giussani, L. (2009). *O senso religioso*. (3ª ed., P. Afonso & N. de Oliveira, Trad.). Brasília: Universa. (Obra original publicada em 1966).

Gomes, A.M.A; Paiva, E.S; Valdés, M.T.M; Frota, M.A; Albuquerque, C.M. (2008) Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. *Saúde Soc*. São Paulo, 17 (1), 143-152.

Granato, TMM & Aiello-Vaisberg, TMJ (2013) Narrativas interativas sobre cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psic Clin*, 25 (1), 17-35.

Granato. TMM, Tachibana, M & Aiello-Vaisberg, TMJ. (2011) Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. *Psicologia e Sociedade*, 23 (n.spe), 81-89

Mahfoud, M. (2012). *Experiência Elementar em psicologia: aprendendo a reconhecer*. Belo Horizonte, Artesã

Mencarelli, VL & Aiello-Vaisberg, TMJ (2012). Cuidado emocional na saúde pública: a psicologia clínica ampliada. In: Gioia-Martins, DF (2012). *Psicologia e Saúde, Formação, Pesquisa e Prática profissional*, São Paulo, Vetor Editora, p 45-64.

Moura, SMSR & Araújo, MF (2004). A maternidade na história e a história dos cuidados maternos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 24 (1), 44-55.

Nascimento CL, Falcone VM, Spada PV, Mäder CV, Nóbrega FJ. (2003) Características psicológicas de mães de crianças desnutridas e a relação com o vínculo mãe/filho. *Rev Br Nutr Clín*, 18(3), 101-5.

Rogoff, B. (2003). *The Cultural Nature of Human Development*. London: Oxford University Press (versão eletrônica).

Schulte, A. A.; Gallo-Belluzzo, S.R.; Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2016). Psicologia em Revista, 25 (2), 227-241).

Tonetto, A.M; Gomes, W.B. (2007) *A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar*. Estudos de Psicologia 24 (1) 89-98.

Visintin, C.N. (2016) Maternidade e Sofrimento Social: Estudo de Mommy Blogs. Dissertação de Mestrado. Campinas: PUC-Campinas.

Winnicott, D.W. (1956) Preocupação materna primária. In: Winnicott, D.W. *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*. (Trad. Jane Russo). Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1993.

Winnicott, D. W. (1965) Ambiente e Processos de Maturação. Trad. Irineo C.S. Ortiz. Porto Alegre: Artes Médicas.

“QUE HORAS ELA VOLTA?”:

**INVESTIGANDO PSICANALITICAMENTE O IMAGINÁRIO COLETIVO SOBRE A
MATERNIDADE**

Carlos Del Negro Visintin

Fernanda Martins de Paulo

Guilherme Athayde

João Paulo Sampaio

Manoela Pereira

Victoria de Oliveira

Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

Resumo: A presente pesquisa tem como objetivo investigar psicanaliticamente o imaginário coletivo sobre a maternidade. Justifica-se na medida em que o cuidado infantil, em nossa sociedade, é delegado, de modo praticamente integral, à mãe biológica. Tal arranjo cultural repercute fortemente na vida emocional de homens, mulheres, adolescentes e crianças, gerando sofrimentos significativos. O estudo organiza-se por meio do uso do método psicanalítico na abordagem de uma produção cinematográfica brasileira, selecionada por veicular manifestamente a questão estudada. Após exposição à película, os pesquisadores realizaram conversas grupais, que ocorreram em estado de cultivo da atenção flutuante e da associação livre de ideias, sobre suas impressões transferenciais. Tal atividade permitiu a produção de um texto de impacto transferencial a partir do qual foram criados/encontrados dois campos de sentido afetivo-emocional: “Rainha do lar/bruxa profissional” e “Amor de mãe resolve tudo”. O quadro geral revela a prevalência de um imaginário conservador que só admite vida profissional, para a mulher-mãe, em contextos de extrema carência financeira.

Palavras-chave: Maternidade, imaginário coletivo, método psicanalítico, filme.

Vivemos numa sociedade que resolve o fenômeno universal da dependência infantil atribuindo à mãe biológica, de modo praticamente integral, a responsabilidade pelo cuidado dos filhos. Tal prática, que está na raiz de uma ampla gama de questões usualmente abrangidas pelo conceito de maternidade, gera efeitos subjetivos importantes que atingem todas as pessoas - homens, mulheres, crianças e adolescentes - e podem provocar sofrimento emocional. Sendo assim, cabe concluir que nos encontramos diante de uma questão de fundamental importância que deve ser debatida por pesquisadores, profissionais, movimentos sociais e sociedade civil como um todo. Contribuições relevantes, a serem incluídas na consideração da maternidade contemporânea, podem advir do campo da psicologia, especialmente quando a produção de conhecimento segue os princípios da psicologia psicanalítica concreta (Bleger, 1963/1977; Politzer, 1928/2004).

Certos posicionamentos teóricos, que desconsideram o mundo social e que atribuem toda a responsabilidade pelo futuro dos filhos à mãe, foram amplamente criticados por vários estudiosos, entre os quais podemos lembrar, mesmo que rapidamente, Badinter (1980/1985, 2010/2011) e Rogoff (2003). Por outro lado, sabemos que também existem produções que, a partir dos debates feministas, problematizam as consequências do pensamento que atrela a mulher ao mundo doméstico e ao cuidado integral dos filhos. A partir das contribuições do feminismo, a maternidade pôde ser compreendida como um fenômeno inserido em contextos históricos, culturais e políticos, que significariam o papel da mulher e da mãe numa sociedade androcêntrica (Scavone, 2001).

Quando recorremos a estudos recentes sobre imaginários coletivos relativos à maternidade, verificamos que tanto a noção da mãe biológica como a melhor cuidadora da criança quanto uma imagem idealizada da figura materna ainda persistem no imaginário coletivo de diversos grupos sociais brasileiros (Granato & Aiello-Vaisberg, 2013, 2016). Como exemplo, podemos nos lembrar, em particular, de uma investigação acerca do imaginário sobre a maternidade. Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011) observaram que enfermeiras obstétricas esperavam que as mães, ao acabarem de dar à luz, manifestassem condutas que, a seu ver, expressassem profunda ligação amorosa com os recém-nascidos. Inclusive, as

profissionais recriminavam as novas mães quando se mostravam incapazes de oferecer o cuidado idealizado pelo grupo de participantes.

Ao voltarmos a atenção à obra winnicottiana, encontramos a ideia de que as crianças podem amadurecer de modo saudável, segundo seu próprio potencial, quando são cuidadas de modo suficientemente bom (Winnicott, 1963/1983). Imerso em condições sociais nas quais o exercício da pediatria e da psiquiatria infantil não convidava às mesmas reflexões que levaram Bleger (1963/1977), na esteira de Politzer (1928/2004), a considerar como decisiva a superação de visões naturalísticas dos fenômenos humanos, Winnicott (1956/2000, 1964/1982) posicionou-se, muitas vezes, no sentido de aderir à ideia de que a mãe biológica seria a melhor cuidadora. Entretanto, como bem apontou Gottlieb (2009, 2012) em sua proposta por uma antropologia de bebês, a função do cuidado não é assumida exclusivamente pela genetriz em algumas culturas. Assim, ao estudar uma tribo africana, a pesquisadora estadunidense percebeu que o cuidado dispensado ao bebê pode configurar-se de forma comunitária.

Destarte, ao considerarmos os contextos sociais humanamente produzidos, observamos que grupos e sociedades organizam-se diferentemente para lidar com as diversas necessidades humanas. Devemos, assim, salientar que o pensamento winnicottiano é multifacetado, sendo tecido a partir de uma mescla de formulações inovadoras, tal como a teoria do brincar, com outras francamente conservadoras. Uma vez que todo conhecimento é socialmente condicionado, devemos considerar as contribuições winnicottianas em função das suas condições sociais, culturais, históricas e geopolíticas de produção. Tal consideração se faz necessária a fim de não produzirmos conclusões apressadas sobre um tema de importância crucial, tampouco enunciar afirmações judicativas em relação à mulher-mãe⁴⁵.

Se as condutas correspondem a um acontecer vincular (Bleger, 1963/1977) e os imaginários configuram-se como ambientes humanos dramaticamente habitados (Ambrosio, 2013), podemos abordá-los rigorosamente a partir de obras culturais, como, por exemplo, filmes. Canal expressivamente compartilhado na nossa

⁴⁵ Usamos essa expressão seguindo uma tônica apontada por Corbett (2014) quando visou salientar que toda mãe é uma pessoa, uma mulher. Vale ressaltar que não se deve entender que com isso tenha querido significar que todas as mulheres deveriam tornar-se mães para realizar uma suposta e abstrata essência feminina, o que contrariaria a perspectiva concreta que a pesquisadora adota.

sociedade, os filmes podem veicular problemáticas humanas, o que favorece que pessoas reconheçam o sofrimento alheio. No caso do presente estudo, interessados em estudar o imaginário sobre a maternidade, decidimos recorrer a uma produção cinematográfica brasileira recente que veicula a questão de maneira manifesta.

Fundamentos e Procedimentos Metodológicos

Bleger (1963/1977) apontou que as ciências humanas, entre elas a psicologia, compartilham o estudo do mesmo fenômeno, a saber, as condutas dos seres humanos concretos. Caberia o estudo da dimensão emocional do homem à ciência psicológica, o que, como sabemos, pode ser realizado a partir da adoção de diferentes opções metodológicas, tais como a psicanalítica, a fenomenológica, a sócio-histórica e a positivista. Concebemos a conduta como um acontecer vincular carregado de inúmeros sentidos, mesmo que desconhecidos pela própria pessoa, o que corresponde ao pressuposto basal da psicanálise.

Se entendemos a conduta como vínculo, devemos abandonar concepções energéticas e pulsionais, já que se afastam do acontecer vivido pela pessoa, conforme expresso por Politzer (1928/2004). Contrários a essas concepções, que consideramos mecanicistas, compreendemos a conduta como drama. Assim, colocamo-nos sob a égide da psicologia concreta, perspectiva a partir da qual visamos examinar fenômenos culturais.

Partindo dessa concepção de psicanálise, buscamos produzir conhecimentos sobre mundos dramaticamente habitados e humanamente produzidos, que denominamos imaginários coletivos. Concebidos como condutas, os imaginários coletivos emergem a partir de campos de sentido afetivo-emocional, que correspondem ao substrato afetivo que subjaz às condutas, constituindo-se, por seu turno, em futuros campos. Sendo assim, podemos estudá-los por meio de obras culturais (Aiello-Vaisberg & Machado, 2008).

Articulamos o método psicanalítico, na presente pesquisa, em torno dos seguintes procedimentos investigativos: procedimento investigativo de seleção do

filme, procedimento investigativo de apresentação do material e procedimento investigativo de interpretação do material. Completamos o desenho da pesquisa com o procedimento investigativo de interlocuções reflexivas.

Como procedimento investigativo de seleção do filme, selecionamos um filme que cumpria os seguintes critérios: 1) ser uma produção brasileira, 2) estar acessível via internet e 3) apresentar temática manifesta sobre a maternidade.

Tendo em vista atender ao procedimento de apresentação do material, elaboramos um texto de impacto transferencial (Aiello-Fernandes, 2013). Esta tarefa coroou conversas grupais, que ocorreram em estado de cultivo da atenção flutuante e da associação livre, após sucessivas exposições ao filme. Ao trabalharmos numa perspectiva intersubjetiva de produção do conhecimento, devemos lembrar que o material da pesquisa psicanalítica se constela entre o pesquisador e a manifestação da conduta considerada. Portanto, não seria correto, dos pontos de vista teórico e metodológico, pensar que o material de pesquisa seria um objeto inerte e imutável, ou seja, o filme em si. Na verdade, criamos/encontramos campos de sentido afetivo-emocional na medida em que a atividade interpretativa é criativa e criadora por excelência, mas não arbitrária, na medida em que não atribui ao fenômeno estudado sentidos que não podem estar aí contidos.

Cumprimos o procedimento investigativo de interpretação do material revisitando, ainda em estado de atenção flutuante e de associação livre, o filme e o texto de impacto transferencial, desta vez usando como guias as palavras de ordem de Herrmann (1979/2001): “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar a configuração do sentido emergente”. Isso se deu a fim de criar/encontrar campos de sentido afetivo-emocional, ou seja, os substratos afetivos subjacentes às condutas.

Finalmente, como procedimento investigativo de interlocuções reflexivas, retornamos aos campos de sentido afetivo-emocional à luz do pensamento de outros autores. Nesta fase do trabalho, realizamos um trabalho intelectual de caráter reflexivo e teorizante, mesmo sendo importante destacar que estamos empenhados na construção de uma teoria compreensiva sobre o filme estudado. Evidentemente, não pretendemos realizar generalizações, que seriam apropriadas em outro contexto epistemológico, mas não deixamos de acreditar que nossos achados transcendam a

produção cinematográfica aqui focalizada, uma vez que esta mesma corresponda a uma manifestação cultural concreta e situada.

Texto de Impacto Transferencial

Após termos assistido ao filme, propomo-nos a realizar uma discussão grupal. Fomos tão mobilizados emocionalmente que o término do filme nos causou alívio. Sentimos muita raiva. Os maus tratos vividos por Val como mãe, como mulher, como trabalhadora, eram tamanhos que ficávamos absolutamente tensos. Durante nossa conversa, éramos tocados por uma raiva tão gigantesca que entrávamos em discussão entre nós mesmos. Interrompíamos-nos durante nossa briga. Exigíamos respeito. Exigíamos ordem e reconhecimento no meio do turbilhão de raiva. As nossas falas eram gasolina que incendiavam uns aos outros e que aumentavam as nossas explosões. De repente, um de nós falou: “Será que Val, como mãe, também se sentia irada?”. Naquele momento, nossos ânimos se acalmaram. Era como uma pequena brisa no meio do incêndio. Por que faziam isso com a mãe-Val? Será que a mãe também clama pela possibilidade de falar? Por que a mãe carinhosa seria a mãe que fica em casa? Mãe que trabalha é má? Por que fizeram de Bárbara tão bárbara?

Interpretações e Interloquções Reflexivas

A consideração psicanalítica do material permitiu que criássemos/encontrássemos dois campos de sentido afetivo-emocional: “Rainha do lar/bruxa profissional” e “Amor de mãe tudo resolve”.

O campo de sentido afetivo-emocional “Rainha do lar/bruxa profissional” organiza-se ao redor da crença de que a boa mãe devotar-se-ia exclusivamente aos filhos e às tarefas domésticas. O segundo campo, “Amor de mãe tudo resolve”,

organiza-se ao redor da crença de que o amor materno vence a pobreza e supre todas as necessidades materiais.

Em pesquisa empírica, Granato, Tachibana e Aiello-Vaisberg (2011) apontam a expectativa de que a mulher vivencie a maternidade de forma que se dedique inteiramente aos filhos. Mais especificamente, tal imaginário “pode servir a múltiplos fins, tais como garantir o bem-estar do recém-nascido e a reprodução humana, restaurar e reparar vínculos maternos anteriores, além de manter a alienação social quanto à responsabilidade pelo cuidado das crianças” (p. 87). Tal contribuição parece-nos extremamente importante, pois convida a repensar criticamente as maneiras como solucionamos o problema do cuidado de bebês e de crianças na nossa sociedade.

Ao voltarmos a nossa atenção a um estudo da acadêmica francesa, Elisabeth Badinter (2010/2011), lembramos que muitos autores adotam posicionamentos essencialistas de modo geral e particularmente em relação à mulher. Para esses, feminilidade define-se fundamental e naturalmente pela maternidade. Assim, a ideia de que a mulher seria a única cuidadora do bebê revela-se, no mínimo, conservadora. Podemos compreender que, em muitas culturas, as mulheres tenham ficado encarregadas dos cuidados das crianças. Entretanto, no mundo atual, com métodos anticoncepcionais disponíveis, que garantem a possibilidade de optarem por ter filhos se quiserem e quando quiserem, as mulheres foram liberadas dessa obrigação, transformando radicalmente o imaginário sobre a figura materna (Badinter, 1980/1985).

É claro que, mesmo que reconheçamos que o ambiente pós-natal desempenhe papel fundamental nos processos de constituição de *self* (Winnicott, 1960/1983), isso não significa que devemos associar bons cuidados à figura feminina, responsabilizando-a completamente pelo cuidado infantil (Badinter, 2010/2011, Gottlieb, 2012).

Podemos refletir sobre o segundo campo, “Amor de mãe tudo resolve”, recorrendo mais uma vez a Badinter (2010/2011), que se debruçou sobre a idealização do chamado “amor materno”. A nosso ver, trata-se de um fenômeno que pode ser proveitosamente pensado à luz dos mitos do homem isolado, natural e abstrato, que foram apontados por Bleger (1963/1977). Tais mitos versam sobre um

pressuposto fundamental das sociedades ocidentais, segundo o qual o humano seria uma criatura essencialmente não social. Bleger (1963/1977) assinala exatamente o oposto, de modo que, na verdade, a individualidade também seria um produto social.

Esse segundo campo expressa uma crença segundo a qual o amor materno superaria todas as dificuldades. Entrelaçando o achado da nossa pesquisa com a literatura, ressaltamos que a ideia de um “amor materno” corresponde a uma produção social e cultural:

(...) observando-se a evolução das atitudes maternas, constata-se que o interesse e a dedicação à criança se manifestam ou não se manifestam. As diferentes maneiras de expressar o amor materno vão do mais ou menos, passando pelo nada, ou quase nada (Badinter, 1980/1985, p.22-23).

Dessa maneira, o chamado “amor materno” não corresponderia a uma sublimação de pulsões – que expõe claramente uma concepção segundo a qual os afetos seriam essencial e originariamente narcísicos e que negariam a alteridade – mas se configura como fenômeno contextualizado em termos históricos, culturais e sociais, que se constelam em campos inter-humanos gerando efeitos emocionais (Badinter, 1980/1985, 2010/2011; Gottlieb, 2012).

À guisa da conclusão, o quadro geral indica a prevalência de um imaginário coletivo que, com pesadas exigências emocionais e materiais à mulher-mãe, revela que a “boa mãe” seria aquela que ama o filho acima de tudo. Tal imaginário, de caráter conservador, admitiria uma vida profissional à mulher-mãe somente se se encontrasse em situação de extrema carência financeira, condenando toda e qualquer aspiração a contribuir para a vida social.

Referências Bibliográficas

Aiello-Fernandes, R. (2013) *“Da entrada de serviço ao elevador social”: racismo e preconceito*. (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Brasil.

Ambrosio, F. F. (2013). *O estilo clínico “Ser e Fazer” na investigação de benefícios clínicos de psicoterapias* (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas – SP.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. & Machado, M. C. L. (2008) Pesquisa Psicanalítica de Imaginários Coletivos à Luz da Teoria dos Campos. In Monzani, J. & Monzani, L.R.. (orgs.) *Olhar: Fabio Herrmann - uma viagem psicanalítica*. São Carlos: Ed. Pedro e Joao Ediores/CECH - UFSCar, 2008, p. 311-324.

Badinter, E. (1980/1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Badinter, E. (2010/2011). *O conflito: a mulher e a mãe*. Editora Record: Rio de Janeiro e São Paulo (versão eletrônica).

Bleger, J. (1963/1977) *Psicologia de la conducta*. Paidós: Buenos Aires.

Corbett, E. (2014) *Contos sem fadas”: mães e filhos em situação de violência doméstica*. (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de Campinas – Brasil.

Freire, M. M. de L. (2009) *Mulheres, mães e médicos. Discurso maternalista na Brasil*. Editora FGV: Rio de Janeiro.

Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011). Uso terapêutico de narrativas interativas com mães em situação de precariedade social. *Psico*, 42 (4), 494-502.

Granato, T. M. M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013) Narrativas interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psicologia Clínica*, 25 (1), 17-35.

Granato, T. M. M., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011) Narrativas interativas na investigação do imaginário coletivo de enfermeiras obstétricas sobre o cuidado materno. *Psicologia & Sociedade*, 23, n. spe., p.81-89

Gottlieb, A. (2009) Para onde foram os bebês? em busca de uma antropologia de bebês (e de seus cuidadores). *Psicologia Usp*, 20(3), 313-336.

Gottlieb, A. (2012). *Tudo Começa na Outra Vida*. Unifesp: São Paulo.

Herrmann, F. (1979/2001). *Andaimes do real*. Casa do Psicólogo: São Paulo.

Politzer, G. (1928/2004). *Crítica dos fundamentos da Psicologia: a psicologia e a psicanálise*. Unimep: Piracicaba.

Scavone, L. (2001). A maternidade e o feminismo: diálogo com as ciências sociais. *Cadernos Pagu*, (16), 137-150.

Winnicott, D.W. (1956/2000). A Preocupação Materna Primária. In D. W. Winnicott. *Da Pediatria à Psicanálise. Obras Escolhidas*. Imago: Rio de Janeiro.

Winnicott, D. W. (1960/1983). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro self. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Artes Médicas: Porto Alegre.

Winnicott, D. W. Da dependência à independência no desenvolvimento do indivíduo (1963/1983). In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação*. Artmed: Porto Alegre.

Winnicott, D. W. (1964/1982) O mundo em pequenas doses. In D. W. Winnicott. *A criança e o seu mundo*. Grupo Gen: São Paulo.

IMAGINÁRIO COLETIVO DE FUNCIONÁRIOS DE INSTITUIÇÃO FINANCEIRA SOBRE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS

Cristiane Helena Dias Simões

Fábio Riemenschneider

Tânia Maria José Aiello Vaisberg

Resumo: Relatamos, no presente trabalho, uma investigação realizada no contexto de intervenção, realizada em uma instituição financeira, preocupada com as relações interpessoais no ambiente de trabalho. Estabelecemos, como objetivo de pesquisa e intervenção, estudar psicanaliticamente o imaginário coletivo de trabalhadores da área financeira sobre a pessoa com diagnóstico psiquiátrico. Deste modo, operamos segundo a perspectiva clínica em que se produz conhecimento científico visando beneficiar imediatamente os participantes. Esta iniciativa se organizou metodologicamente ao redor da realização de entrevista grupal, com 29 funcionários, articulada ao redor do uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema como recurso mediador e facilitador da expressão subjetiva. As produções dos participantes permitiram a criação/encontro de quatro campos de sentido afetivo-emocional: “Café com leite”, “Muro das lamentações”, “Lobo em pele de cordeiro” e “Traumas da vida”. O quadro geral indica que o coletivo considerado tende a reagir à problemática do sofrimento emocional de modo angustiado e pouco solidário.

Palavras-Chave: imaginário coletivo, sofrimento emocional, método psicanalítico.

Este estudo faz parte de um conjunto de pesquisas que tem o objetivo de investigar o imaginário coletivo de diferentes grupos sobre a loucura e/ou doença mental, realizadas no âmbito de dois grupos de pesquisa: “Atenção Psicológica Clínica em Instituições: Prevenção e Intervenção” e “Psicopatologia, Psicanálise e Sociedade”, sob a liderança da Professora Livre Docente Tania Aiello-Vaisberg. Focalizamos, nessa investigação, trabalhadores com diagnóstico psiquiátrico, suas dificuldades no cotidiano de trabalho e nas relações interpessoais no ambiente laboral.

É no ambiente de trabalho que passamos a maior parte de nosso tempo e nesse local as pessoas agem fundamentadas em conhecimentos profissionais prévios, mas também em atividades imaginativas. Concebemos essas duas esferas, a partir da perspectiva da psicologia concreta de José Bleger (1963), como condutas.

Ao utilizarmos o conceito de imaginário coletivo referimo-nos tanto a condutas imaginativas em seu sentido mais conhecido, como a produção de imagens psíquicas, mas também a práticas que geram produtos concretos, vale dizer, objetos e procedimentos, que se constituem como cultura e como ambiente humano, incluindo usos e costumes, crenças e valores.

Por outro lado, consideramos fundamental que, ao focalizar o estudo do imaginário sobre o paciente psiquiátrico, utilizemos um desenho de pesquisa qualitativa, com método psicanalítico, que não só favorece a expressão de disposições imaginativas sobre pessoas que receberam diagnósticos psiquiátricos como também joga luz sobre relações interpessoais, eventualmente afetadas por dimensões afetivo-emocionais, que se estabelecem no ambiente de trabalho.

Nessa perspectiva, a determinação da atividade imaginativa será buscada na dimensão afetivo-emocional subjacente, ou seja, no campo psicológico consciente ou não- consciente subjacente às condutas manifestas. Tal visão se fundamenta na perspectiva da psicologia concreta que redefine o conceito de inconsciente, abandonando uma visão desse como instância intrapsíquica para concebe-lo como um fundo afetivo- emocional não consciente, a partir do qual emergiriam os atos humanos, sejam quais forem suas áreas de expressão, vale dizer, psíquica, corporal ou de atuação no mundo externo (Bleger, 1963).

Fundamentos e Estratégias Metodológicas

A presente investigação foi realizada numa instituição financeira que, preocupada com trabalhadores com diagnóstico psiquiátrico, solicitou uma intervenção psicológica institucional (Bleger, 1966/1989). Além das dificuldades nas relações interpessoais no ambiente de trabalho, tais pessoas apresentavam algumas restrições laborais e demandavam afastamentos constantes de suas atividades profissionais.

A pesquisa intervenção foi desenvolvida a partir de uma base conceitual que faz uso de duas noções básicas: “imaginário coletivo” e “campo de sentido afetivo-emocional”. Entendemos que o imaginário deve ser concebido como conduta, consistindo num conjunto de crenças, imagens e emoções que um determinado grupo social produz acerca de um fenômeno, que se expressa inclusive em ações no mundo externo. Já o campo de sentido afetivo - emocional são os determinantes afetivo-emocionais não conscientes que sustentam as condutas humanas, dotando-as de sentido. Os campos são produzidos por atos humanos – condutas – tornando-se um fundo a partir do qual emergem, por seu turno, novas condutas. Trata-se de um conceito que rompe com a noção de inconsciente intrapsíquico, pois seu caráter é intersubjetivo.

Com o objetivo de facilitar a comunicação de condutas imaginativas organizamos um encontro com 29 funcionários com funções de gerência e coordenação da instituição, mediante o uso de um mediador dialógico, o Procedimento Desenhos-Estórias com Tema (Aiello-Vaisberg, 1999). Este se caracteriza pela solicitação de um desenho temático e da invenção de uma história sobre a figura desenhada. O tema, neste tipo de pesquisa, é previamente definido a partir dos interesses investigativos em jogo. É importante destacar que a elaboração deste procedimento como recurso dialógico alinha-se à assunção do uso paradigmático do jogo winnicottiano do rabisco ⁴⁶ (Winnicott, 1971/1984), atividade que não foi concebida como técnica

⁴⁶ Esse foi idealizado a partir do objetivo clínico de usar o método psicanalítico em um enquadre diferenciado, denominado “consulta terapêutica”, mediante o qual crianças e suas mães eram atendidas em contexto institucional. Tratava-se, para seu autor, de instaurar um campo relacional lúdico e acolhedor, um ambiente suficientemente bom, que favorecesse a emergência de comunicações significativas. Winnicott (1971/1984) temia que esse procedimento acabasse sendo pensado e usado como técnica estabelecida, com regras e regulamentos, pois desse modo se distorceria uma prática que se baseava, de fato, em intuição, sensibilidade e abertura espontânea do psicoterapeuta à alteridade singular do paciente.

psicodiagnóstica e sim como facilitador da comunicação emocional no contexto de encontros inter-humanos.

O encontro com os 29 profissionais ocorreu em grupo, no horário de trabalho e foi agendado pela própria instituição. No encontro, de aproximadamente 3 horas de duração, os participantes foram convidados a fazer um desenho e escrever uma história sobre o tema: “Uma pessoa que recebeu um diagnóstico psiquiátrico”. Após a produção dos desenhos e das histórias, abrimos um espaço de conversa e reflexão sobre as comunicações ensejadas pelo Procedimento de Desenhos-Estórias com tema e sobre a experiência de participar da entrevista coletiva.

O material da pesquisa, formado pelo conjunto dos desenhos e das histórias, foi considerado à luz do método psicanalítico, segundo as recomendações de Herrmann (2001): “*deixar que surja*”, “*tomar em consideração*” e “*completar a configuração de sentido*”. Deixamos surgir quando cultivamos a atenção flutuante de modo a sermos contratransferencialmente afetados pelas comunicações gráficas e narrativas dos participantes. Tomamos em consideração quando permitimos que os impactos suscitem sentimentos e pensamentos sobre aquilo que se destacou à atenção flutuante. Finalmente, completamos a configuração de sentido quando criamos/encontramos sentidos emocionais às manifestações em foco, num movimento interpretativo que se constela intersubjetivamente.

Campos de Sentido Afetivo-Emocional

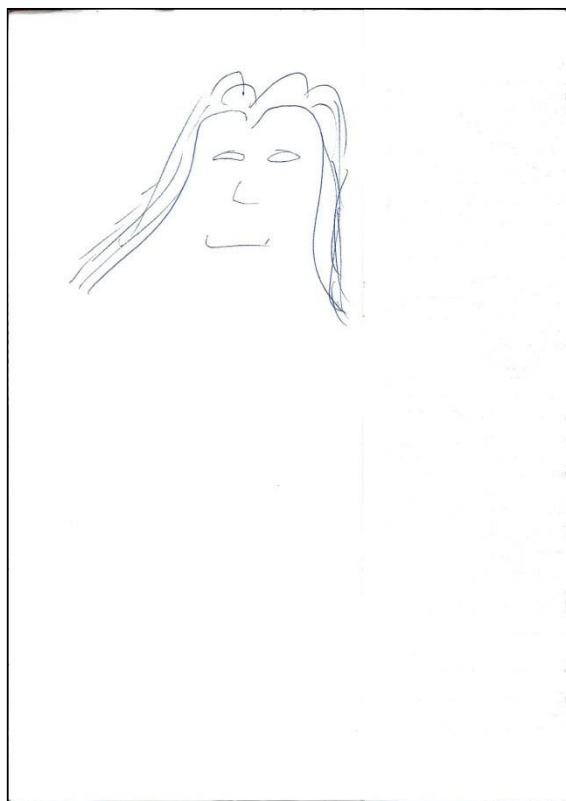
O material obtido permitiu a produção interpretativa de quatro campos de sentido afetivo-emocional.

O primeiro campo, intitulado “**Café com leite**”, é regido pela crença de que a pessoa/funcionário com diagnóstico psiquiátrico não consegue assumir responsabilidades, lidar com pressão nem contribuir positivamente no cotidiano de trabalho.

Apresentamos, a seguir dois desenhos-estórias que consideramos como emergentes desse primeiro campo:

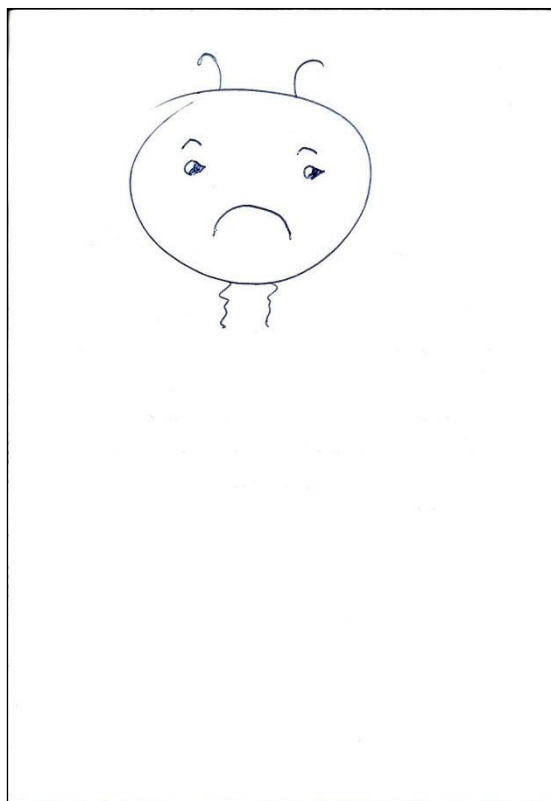


*Ele é confuso
Se sente um peixe fora d' água
É muito chato
Não é parceiro, nem companheiro
Rebelde
Sempre vítima
Para a equipe ele é um desconforto
Muito chato
"Café com leite"
Na vida pessoal ele é frustrado
Não fez a faculdade que queria
Sente que não foi um sucesso profissional
Não gosta do que faz
A esposa não participa de nada e não deixa ele participar.*



- *Sob pressão, chora e tira licença*
- *Não assume responsabilidades*
- *É insegura no trato com os clientes*
- *Não consegue fixar-se num setor.*

O segundo campo criado/encontrado, denominado “**Muro das lamentações**”, é organizado segundo a lógica emocional de que a pessoa com diagnóstico psiquiátrico é pessimista, rígida, egocêntrica e se sente perseguida pelos colegas de profissão, contaminando o ambiente de trabalho com seus sentimentos. As seguintes produções correspondem a comunicações emergentes a partir desse segundo campo:

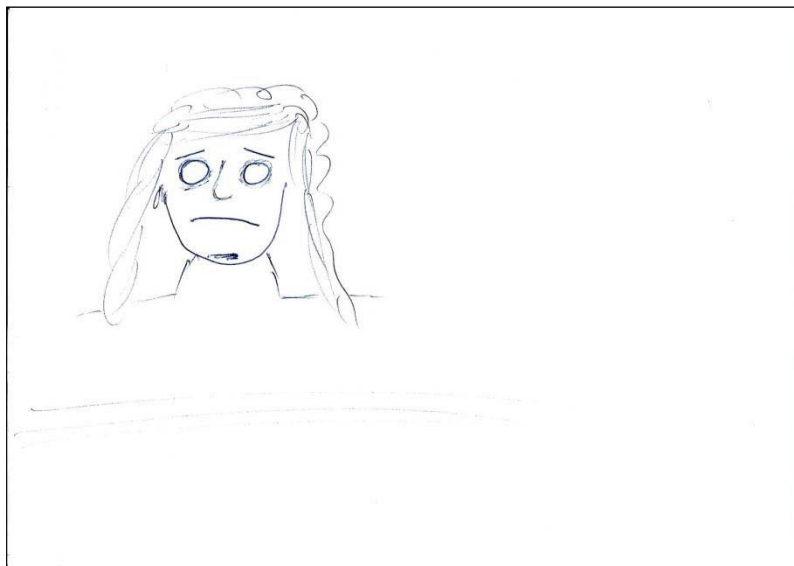


“Oh vida, oh céus, oh azar!”

Pessimista nato e praticante

Falta de percepção de como ela se insere num contexto de equipe

Contamina os que se aproximam e o setor rapidamente se transforma em “muro das lamentações”

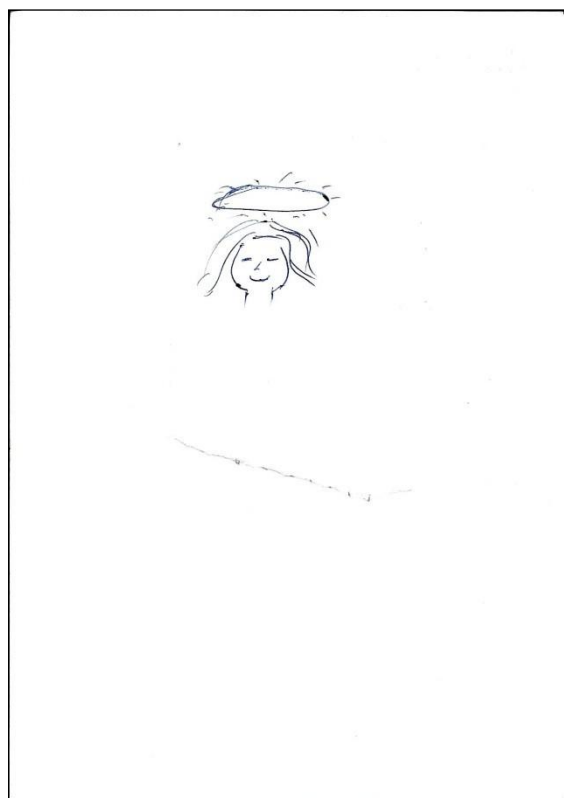


- Se relaciona mal
- se expressa mal
 - é solitária
- tudo é problema
 - vive triste

- *acha sempre que a grama do vizinho é mais verde.*

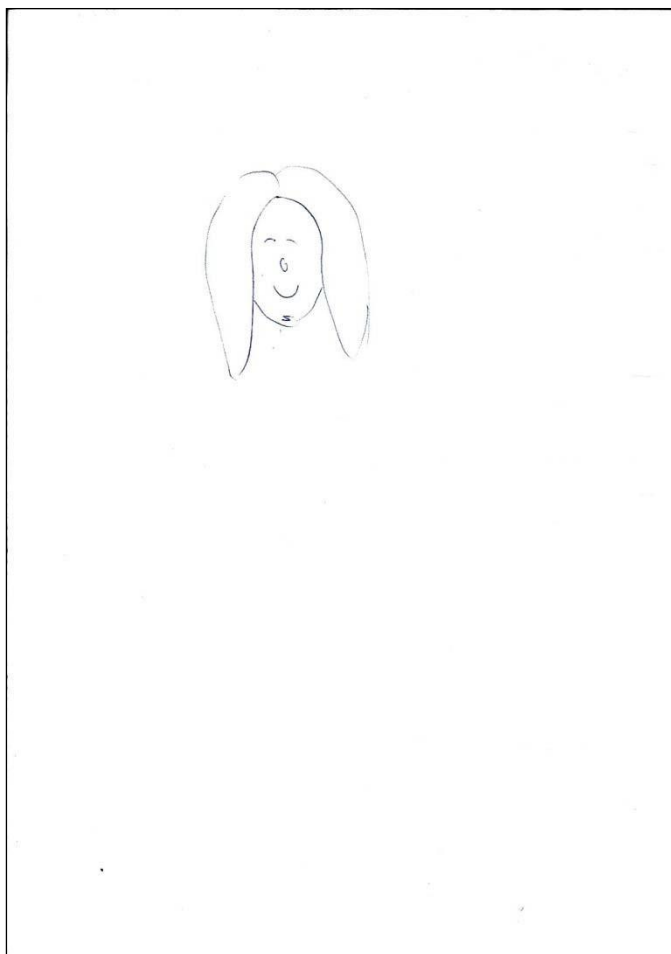
O terceiro campo criado/encontrado, “Lobo em pele de cordeiro”, organiza-se em torno da ideia de que a pessoa com diagnóstico psiquiátrico cria constantemente situações de conflitos, apesar de ser amigável com os colegas, constantemente cria situações de conflitos, que desagregam a equipe e causam mal-estar geral.

Dois desenhos- estórias, que apresentamos a seguir, são emergentes desse terceiro campo:



“Lobo em pele de cordeiro”

- *cria situações de conflitos*
- *apresenta problemas maiores que o real*
- *vende soluções previamente calculadas que atendem aos seus desejos*
- *usa do poder para constrangir*
- *usa do conhecimento/informações para controlar as pessoas sem compartilhar*
- *conflitos interpessoais*
- *problemas de relacionamento na equipe que trabalha*
- *no entanto se acha um anjo e protetor de todos.*

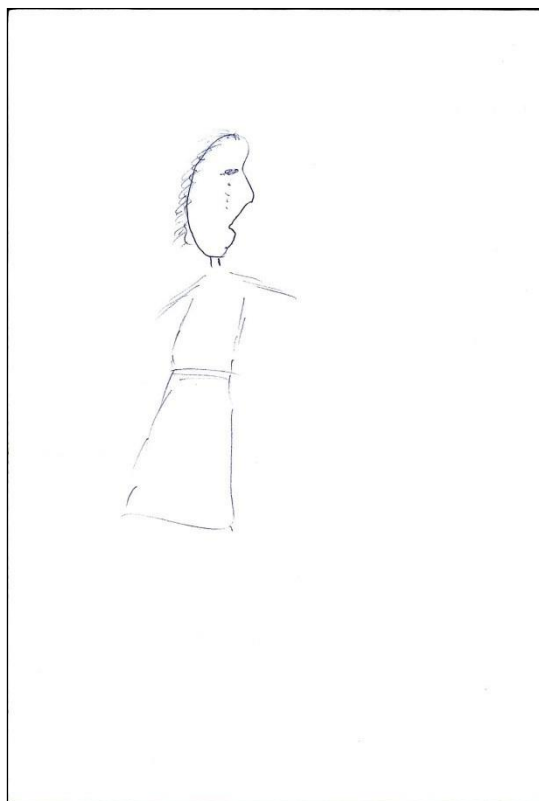


Sintomas:

- às vezes está muito feliz (excessivamente)
- às vezes chora, sem motivo
- comportamento explosivo
- “carrega o ambiente à sua volta (as pessoas sempre estão preocupadas com seus problemas)
- nunca se sabe como vamos encontrar essa pessoa
- é uma pessoa muito amiga de todos os colegas.

O quarto campo afetivo-emocional, intitulado “Traumas da vida pessoal”, organiza-se por meio da crença de que a pessoa com diagnóstico psiquiátrico é vítima de traumas e acontecimentos em sua vida pessoal, de modo que suas dificuldades não manteriam nenhuma relação com o ambiente de trabalho.

Apresentamos, a seguir, duas produções que tem esse quarto campo como substrato afetivo-emocional não consciente:



- se isola
 - cria um mundo próprio
 - desconfia em excesso de todos
 - sofre muito
 - desequilibra os sentidos
 - sente-se perseguida
 - se descontrola com facilidade
 - fica com baixa auto estima
 - não se cuida, nem se diverte bem
- Tudo isto porque não sabe viver só.*

O termino de um relacionamento amoroso desencadeou todos os problemas.



- *problemas emocionais, falta de controle, irritação (provavelmente devido a problema grave ocorrido na infância – irmão que matou irmão)*

Considerações Finais

O quadro até aqui delineado permite que percebamos que a personalidade coletiva composta por funcionários de instituição financeira apresenta um imaginário bastante complexo em relação a pessoas com diagnósticos psiquiátricos. Parecem frequentes produções imaginativas preconceituosas, a partir das quais desqualificam colegas que necessitam de tratamento psiquiátrico, vendo-os como ameaça de desestabilização do ambiente de trabalho. Assim é que em apenas um dos campo, “Traumas da vida”, constatamos um movimento de levar em consideração, de modo mais sensível e solidário, o sofrimento emocional do outro.

A nosso ver, o imaginário dos participantes revela dificuldades de ordem afetivo emocional que se manifestam como sentimentos contratransferenciais negativos em relação aos colegas que apresentam transtornos mentais. Nessa perspectiva consideramos relevante criar dispositivos de atenção psicológica clínica mediante os quais todos possam se ajudados a se sensibilizar com esse tipo de problemática

humana. Desse modo, poder-se-ia favorecer a elaboração de novas formas de lidar e tratar com os colegas, rumo à conquista de relações mais respeitadas, éticas e construtivas no ambiente de trabalho.

Referências Bibliográficas

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1999). Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia. Tese de Livre Docência em Psicologia. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Bleger, J. (1963). Psicologia da Conduta, Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

Bleger, J. (1984). Psicohigiene e Psicologia Institucional, Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

Herrmann, F. Introdução à Teoria dos Campos. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo. 2001

Winnicott, D. W. (1971/ 1984). Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil. (J. M. X. Cunha trad.) Rio de Janeiro: Imago. (original publicado em 1971)

CONSIDERAÇÕES INICIAIS SOBRE AUTOLESÃO NA LITERATURA CIENTÍFICA

Guilherme Wykrota Tostes

Natália Del Ponte Assis

Tânia Aiello Vaisberg

Resumo: O presente texto tem como objetivo apresentar considerações iniciais sobre a autolesão na literatura científica. Para tanto, realizamos uma revisão sistemática e crítica por meio de 11 artigos encontrados na base de dados SciELO Brasil, a fim de oferecer ao leitor um panorama geral sobre tal problema. A análise das pesquisas nos permitiu concluir que há uma forte tendência à vinculação entre comportamentos autolesivos e psicose, predominando a existência de estudos da área médica à luz de teorias reducionistas segundo um viés biológico. Pensamos, contudo, que a ocorrência desse sintoma em outros contextos psicopatológicos, diferentes da psicose clínica, conforme evidenciam manifestações veiculadas em blogs de meninas adolescentes, exige a ampliação de investigações sobre o tema inscrevendo-o, possivelmente, como expressão de sofrimento social.

Palavras-chave: conduta autolesiva, psicose, revisão de literatura.

A autoagressão na literatura científica: seleção de artigos

Como questão norteadora para a produção dessa investigação bibliográfica, sagramos: que conhecimentos sobre automutilação, autoagressão e comportamento automutilador e comportamento são atualmente abordados em artigos científicos brasileiros? Seleccionamos a base indexadora SciELO Brasil para a realização desta pesquisa, tendo em vista que se trata de uma base de dados reconhecida, por sua qualidade no meio científico. Entre suas virtudes, devemos citar o fato de oferecer gratuitamente todos os artigos de modo integral, segundo uma política de facilitação do acesso à produção de conhecimento. Além disso, seu caráter transdisciplinar favorece uma visão bastante ampla, para além de fronteiras entre campos específicos, o que se tem mostrado muito produtivo.

Os critérios para inclusão de artigos partiram dos seguintes descritores: automutilação, conduta autolesiva e comportamento autolesivo. Não houve qualquer outra filtragem do material, como, por exemplo, algum período de tempo. A partir desse levantamento investigação foram recuperados 13 artigos.

O exame inicial deste conjunto permitiu-nos verificar que dois desses 13 (Lagedo, Tudury e Faria,1999 e Pizzutto, Sgai e Guimarães,2015), vinculados ao descritor automutilação, envolviam estudos com animais, motivo pelo qual foram excluídos. Deste modo, trabalhamos com um *corpus* composto por 11 produções, constatando que se distribuíam da seguinte forma: oito eram empíricos e três de revisão de literatura.

Análise da Estrutura Científica e Resultados

Todos os trabalhos empíricos levantados foram analisados em termos de alguns dos itens básicos segundo os quais se estrutura a comunicação científica: objetivos, métodos, resultados e conclusões. Abordamos as três revisões de literatura recuperadas em termos de busca de uma compreensão clara de seus pontos fundamentais.

Organizamos os 11 artigos encontrados sob a forma de quadros e tabelas.

Dois entre os quatro quadros trazem informações sobre os trabalhos empíricos e dois quadros sobre os artigos de revisão de literatura. Nestes quadros apresentamos: autores e títulos (Quadros 1 e 3), objetivos e resultados (Quadros 2 e 4).

Apresentamos também 6 tabelas contendo: tipos de artigos (Tabela 1), áreas de conhecimento (Tabela 2), referenciais teóricos (Tabela 3), procedimentos de coleta (Tabela 4), procedimentos de registro (Tabela 5), procedimentos de tratamento do material (Tabela 6). Os artigos de revisão de literatura não são analisados segundo os critérios presentes nas tabelas 2, 3, 4, 5, e 6 de modo que não precisam aparecer neste tipo de tabela.

Em seguida, colocamos separadamente nossas considerações sobre os artigos empíricos e de revisão de literatura que tratam sobre o tema da autolesão. Ao final apresentamos nossas considerações gerais sobre todos os artigos.

Tabela 1 – Apresentação dos Tipos de Artigos

Tipo de artigos	Quantidade de Artigos
Empíricos	8
Revisão de literatura	3
Total	11

Quadro 1 – Artigos de Revisão de Literatura

Número identificação	Autor	Título
1	Arcoverde, R. L. & Soares, L. S. L. D. C.	Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura.
2	Ceppei, B. & Benvenuti, M.	Análise funcional do comportamento autolesivo.
3	Yaryura-Tobias, J. A., Mancebo, M. C. & Neziroglu, F. A.	Clinical and theoretical issues in self-injurious behavior.

Quadro 2 – Objetivos e Resultados dos Artigos de Revisão de Literatura

Número	Objetivos	Resultados
1	Descrever fatores neuropsicológicos associados a condutas autolesivas com base em revisão integrativa.	Constatou que 38% dos estudos relacionam conduta autolesiva a dificuldades de resolução de problemas e tomadas de decisões, 24% à impulsividade, 21% à regulações emocionais e 17% ao estresse psicológico.
2	Apresentar e analisar estudos sobre comportamento autolesivo.	Constatou que o comportamento autolesivo pode depender ou não de atenção ou evitação de demandas
3	Apresentar uma visão geral do comportamento autolesivo.	Constatou indícios de relação entre comportamento autolesivo e certas condições fisiológicas, que incluem falta de sensibilidade à dor.

Quadro 3 – Artigos Empíricos

Número de identificação	Autor/ano	Título
1	Cedaro, J. J. & do Nascimento, J. P. G.	Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações.
2	Diniz, B. S. D. O. & Krelling, R.	Automutilação de dedos e lábio em paciente esquizofrênico.
3	Goi, P. D. & Scharlau, C. T.	Síndrome de Ekblom acompanhada de automutilação.
4	Lima, D. S., Prior, K., Uchida, R., Brotto, S., Garrido, R., Tamai, S. & Sanches, M.	Mutilação genital e psicose.

5	Nucci, M. G. & Dalgalarrrondo, P.	Automutilação ocular: relato de seis casos de enucleação ocular.
6	Ribeiro, Â., Ribeiro, J. P. & vo Doellinger, O.	A skin-picking disorder case report: a psychopathological explanation.
7	Roza, R. T., & Chiappetta, A. L. D. L.	Achados fonoaudiológicos na insensibilidade congênita a dor com anidrose: relato de caso.
8	Teixeira, E. H., Meneguette, J. Dalgalarrrondo, P.	Matricídio, seguido de canibalismo e automutilação de pênis e mão em paciente esquizofrênico motivado por delírios religiosos.

Quadro 4 – Objetivos e Resultados dos Artigos Empíricos

Número	Objetivos	Resultados
1	Estudar a função da dor e das marcas corporais.	Constatou que a dor evidencia pedido de socorro e modo de se sentir e manter vivo.
2	Estudar psicose e comportamento autolesivo	Constatou que diagnóstico favorece evitação de mutilação.
3	Estudar relação entre psicose e comportamento autolesivo. .	Constatou eficácia da pimozida.
4	Estudar relação entre psicose e automutilação.	Constatou que vigilância e contenção mecânica e química dificultam autolesão.
5	Estudar relação entre psicose e automutilação.	Constatou associação entre elementos religiosos e mutilação ocular.
6	Estudar relação entre psicose e autolesão.	Constatou eficácia de tratamento medicamentoso
7	Estudar insensibilidade congênita à dor e autolesão.	Constatou eficácia de intervenção fonoaudiológica precoce.
8	Estudar relação entre psicose e autolesão.	Constatou que autolesão é rara nos primeiros surtos.

Tabela 2 – Apresentação dos Artigos por Área do Conhecimento

Área do Conhecimento	Quantidade de Artigos
Medicina	6
Psicologia	1
Fonoaudiologia	1
Total	8

Seguindo os critérios de Guba e Lincoln (1994), identificamos apenas um artigo construtivista com uma metodologia hermenêutica/dialética pautada numa epistemologia intersubjetiva. Os demais alinham-se segundo paradigmas pós-positivistas, pautados em epistemologia objetivista.

Tabela 3 – Paradigmas Epistemológicos

Paradigma	Quantidade de Artigos
Pós-positivista	7
Construtivista	1
TOTAL	8

Tabela 4 – Procedimentos de Coleta de Material

Procedimento de Coleta de Material	Quantidade de Artigos
Avaliação Clínica	8
TOTAL	8

Tabela 5 – Procedimentos de Registro do Material

Procedimento de Registro do Material	Quantidade de Artigos
Anotações clínicas do pesquisador	6
Registros de fragmentos de falas e descrição dos sentimentos	1
Autopreenchimento de formulário	1
Total	8

Tabela 6 – Procedimentos de Tratamento do Material

Procedimento de Tratamento do Material	Quantidade de Artigos
Interpretação psicanalítica de depoimentos	1
Discussão crítica comparativa entre aspectos clínicos e literatura	2
Discussão crítica de aspectos clínicos	4
Não especificado	1
Total	8

Em relação aos 11 artigos estudados, destacamos que apenas cinco versam sobre as práticas autolesivas superficiais ou moderadas.

Dos oito estudos empíricos, dois tratam de autolesões leves ou moderadas e seis abordam práticas graves de automutilação. Predomina, portanto, entre os estudos empíricos, um interesse sobre casos mais graves, que acentua uma tendência à vinculação entre autolesão e psicose, o que, certamente, é relevante, porém não contempla o fenômeno em outros contextos psicopatológicos que não sejam da psicose clínica.

Os artigos que se referem a automutilações graves são, em sua maioria, compreensivelmente produzidos pela área médica, pois se configuram como situações que exigem esse tipo de intervenção (Lima et al., 2005; Teixeira,

Meneguette, & Dalgalarrodo, 2012; Diniz & Krelling, 2006; Nucci & Dalgalarrodo, 2000; Goi & Scharlau, 2007). Apenas um, entre tais artigos, foi produzido em outro campo de conhecimento, no caso, o da fonoaudiologia (Roza & Chiappetta, 2007).

Considerações sobre os Artigos de Revisão de Literatura

O primeiro trabalho de revisão que comentaremos a seguir é proveniente de área médica e tem como escopo apresentar um panorama geral do comportamento de autoagressão (Yaryura-Tobias, Mancebo & Neziroglu, 1999). Este artigo abrange um panorama tanto biológico como psicológico e considera estudos baseados em diferentes abordagens. A partir dos estudos biológicos, Yaryura-Tobias, Mancebo e Neziroglu (1999) constatam que o tal comportamento expressaria diversas patologias, apontando que seu tratamento farmacológico deveria ser realizado de acordo com os sintomas do paciente. O trabalho de Kirkmayer e Carrol (1987), por outro lado, defende a hipótese de que a autolesão estimule a liberação de endorfinas, o que resultaria numa redução de tensão, reforçando a manutenção desse tipo de comportamento. Outros autores, também citados por Yaryura-Tobias, Mancebo e Neziroglu (1999), defendem que as atitudes autolesivas podem ser decorrentes de se evitar uma síndrome de abstinência de altos índices de endorfina decorrentes de comportamentos autolesivos crônicos. Como vemos, em tais trabalhos fatores de ordem biológica são invocados como determinantes.

Com relação às pesquisas que abordam razões psicológicas para a ocorrência de condutas autolesivas, vale dizer, aquelas que podem contribuir para a compreensão da experiência vivida, destacamos o trabalho de Suyemoto (1998), que aponta para a hipótese de que o ato de autoagressão possa funcionar como sacrifício de uma região do próprio corpo que, apaziguando sentimentos de culpa, permitem ao indivíduo escapar do suicídio. Outro trabalho citado, é o de Leibenluft, Gardner e Cowdry (1987), que constatam que o comportamento autolesivo pode ser entendido como mecanismo de enfrentamento para lidar com a dor emocional a partir da distração causada pela dor física, estratégia que teria sido aprendida na infância. Ainda no rol das pesquisas psicológicas, Yaryura-Tobias, Mancebo e Neziroglu,

(1999) corroboram que pais negligentes ou abusivos na infância, poderiam gerar sentimentos de ódio da criança contra si mesma, apontando para a possibilidade de experiências de culpa motivarem práticas de autolesão. A nosso ver, este último estudo é de grande valia por apresentar aspectos ambientais e relacionais das pessoas que se auto agrirem. Aliás, pensamos que os estudos psicológicos sobre condutas de autolesão podem contribuir para a reflexão e prevenção, uma vez que relações familiares e ambientes saudáveis certamente favorecem o desenvolvimento de crianças e adolescentes.

A segunda revisão de literatura, de autoria de Arcoverde e Soares, (2012) analisa fatores neuropsicológicos associados a condutas autolesivas. Discutem, por exemplo, o trabalho de Nock e Mendes (2008), que consideram que as pessoas que apresentam condutas autolesivas tem dificuldades em tomada de decisões e na resolução de problemas, o que os leva à hipótese de uma interferência na escolha de respostas sociais mais adequadas porque os indivíduos interpretariam erroneamente informações provenientes do ambiente, tomando o comportamento dos outros como críticas e utilizando das práticas autolesivas como autopunição. Outra hipótese apresentada defende que mesmo que as pessoas que se autolesionam cheguem a construir soluções eficazes para a resolução de problemas, elas optariam por respostas consideradas como não adaptativas, já que geralmente apresentam sentimentos de desesperança e baixa autoestima, não acreditando em alternativas mais eficazes para lidar com dificuldades (Keller & Werlang, 2005).

A terceira revisão apresenta e analisa estudos que mostram como o comportamento autolesivo se relacionaria com mudanças no ambiente. Ceppi e Benvenuti (2011), que são da área médica, mostram-se em contracorrente à uma dinâmica, identificada nos trabalhos analisados neste estudo, todos provenientes da área médica, de apenas ressaltar os fatores biológicos como causas das práticas autolesivas. Adotando tal posição argumentam a favor da importância das contribuições que a análise do comportamento pode aportar ao campo psiquiátrico, que significam, na verdade, reconhecer a importância de variáveis ambientais de caráter não-orgânico. Nessa linha, lembram-se do estudo de Scivoletto, Stivanin, Ribeiro e Oliveira (2009), autores que defendem que alterações de comportamento de crianças e adolescentes, como agressividade física e verbal, seriam, em muitos casos, respostas adaptativas hábeis a ambientes violentos ou estressantes. Portanto, numa

avaliação diagnóstica em psiquiatria infantil, seria fundamental ponderar se o problema estaria na criança ou se essa estaria adaptada a um ambiente problemático e inadequado para seu desenvolvimento normal.

Verificamos que os três artigos citados adotam a análise do comportamento ou terapia cognitivo-comportamental como referencial teórico. Todos discutem os estudos à luz do paradigma pós-positivista (Guba e Lincoln, 1994) e consideram influências sociais nas práticas autolesivas, oferecendo, assim, contribuições para uma compreensão do fenômeno a partir de critérios que não se limitam ao viés biológico. Este é um aspecto que merece atenção, mesmo quando nos lembramos de que a abordagem da esfera social, no âmbito do paradigma pós-positivista, é sempre simplificadora e redutora, na medida em que acaba levando em conta apenas o ambiente familiar, sem considerar contextos sociais mais amplos.

Considerações sobre os Artigos Empíricos

O primeiro desses trabalhos é um relato de caso clínico proveniente da área médica sobre escoriação neurótica também conhecida como *picking* pele. Os autores, Ribeiro, Ribeiro e von Doellinger (2015), buscaram explicações psicopatológicas do caso destacando a frustração, a agressividade e a impulsividade como determinantes dos atos autolesivos. Como tratamento para o caso, destacaram a inclusão de medicamentos antipsicóticos associados ao tratamento com antidepressivos. Este artigo é mais um exemplo de trabalho com foco exclusivo no fator orgânico e no tratamento medicamentoso.

O segundo trabalho, da área psicológica, é um relato sobre três casos clínicos sobre a autolesão associada a ferimentos superficiais na pele. Esse trabalho apresenta um estudo empírico, de viés freudiano e lacaniano, que destaca uma condição de melancolia como contexto psicopatológico no qual as pacientes estariam inseridas. Por esta via, chega à conclusão de que as condutas autolesivas tanto esboçariam pedido de socorro como se configurariam como estratégia de sobrevivência (Cedaro & do Nascimento, 2013). Seus autores verificaram, nos depoimentos colhidos nos atendimentos desses casos, sentimentos latentes de raiva mesclados a culpas exacerbadas e a vivências de prazer perante a dor autoprovocada.

No terceiro estudo empírico, Goi e Scharlau (2007) abordam a autolesão em um contexto psiquiátrico grave, no qual um paciente delirante apresenta convicção de que está infestado por parasitas, em virtude dos quais se automutila. Os autores constataram a eficácia do tratamento medicamentoso e internação hospitalar.

O quarto estudo relaciona a automutilação em pacientes psiquiátricos a crenças religiosas, impulsividade, abuso de substâncias e sintomas psicóticos. Os autores relatam um caso de paciente esquizofrênico que mutila seus genitais, referindo que a vigilância e contenção mecânica e química dificultam autolesão (Lima et. al, 2005).

Nucci e Dalgalarondo (2000) relataram em sua pesquisa seis casos de pacientes que mutilaram os próprios olhos. Também fizeram uma análise comparativa e concluíram que esquizofrênicos seriam fortemente influenciados por elementos religiosos diretamente relacionados às suas psicopatologias. A autolesão apresentaria um significado de auto salvação ou, até mesmo, de salvação do mundo.

Ainda no contexto da articulação entre psicose e automutilação, Ribeiro, Ribeiro e von Doellinger (2015) descrevem o caso clínico de uma senhora, sem antecedentes psiquiátricos graves, que teria lesionado a própria face. Os autores relacionam o fenômeno com frustração, agressividade e impulsividade.

Rosa e Chiappetta (2007) relatam um caso infantil de insensibilidade congênita a dor, associando-a à ocorrência de automutilação. Os dados são coletados por meio de uma avaliação clínica, busca em prontuários e entrevistas com responsável pela criança. Após a intervenção fonoaudiológica, retardaria o avanço da doença, pôde-se notar melhora no quadro.

Por fim, na última pesquisa empírica encontrada em nosso estudo, Teixeira, Meneguette e Dalgalarondo (2012) relatam um caso grave e associam a automutilação a psicoses relacionadas a crenças religiosas, impulsividade e abuso de substâncias, entre outros. Focalizam a situação de um jovem que cometeu matricídio, seguido por canibalismo e automutilação do pênis e mão direita, após seu primeiro surto psicótico.

Considerações Gerais

Tendo em vista que a presente revisão de literatura tem o intuito de apresentar um panorama científico atual sobre o sofrimento emocional alusivo a práticas autolesivas leves ou moderadas, que vem ganhando visibilidade social, é digno de nota que a maior parte dos artigos encontrados são relatos de casos raros, com foco em práticas de automutilação relativas a lesões graves que incluem desmembramentos. A compreensão geral do material levantado aponta para a predominância da área médica assim como uma compreensão dos fenômenos de autolesão a partir do viés orgânico. Neste ponto, gostaríamos de fazer algumas considerações que consideramos oportunas.

Podemos observar uma tendência, a nosso ver equívoca, de separação dos determinantes da conduta de autolesão como físicos, emocionais ou sociais. Tal visão não leva em conta que todos os fenômenos são complexamente determinados e podem – e devem – ser abordados a partir de perspectivas que contemplem causalidades diversas e concomitantes. Assim, deveríamos considerar que coexistiriam, na eclosão do fenômeno, determinantes orgânicos, emocionais e sociais, todos merecedores de consideração. Se somos seres encarnados, todos os fenômenos correspondem a eventos corporais, patológicos ou não patológicos. Nada ocorre em nossas vidas sem envolver nossa presença corporal. Por outro lado, como seres humanos, naturalmente psicossociais, vivemos em condições de coexistência social e nada deixa de nos afetar emocionalmente.

A redução do humano ao plano biológico se dá, conforme aponta Bleger (1963), pela via da prevalência de três mitos positivistas: o mito do homem natural, abstrato e isolado.

O mito do homem isolado pode ser compreendido como a ideia de que o homem poderia viver separado de outras pessoas. Sabemos que essa ideia não condiz com a realidade, pois desde a vida intrauterina o bebê já necessita de outra pessoa – física e emocionalmente- para sobreviver e, com o passar dos anos, continua construindo vínculos e vivendo de modo interdependente. A própria ideia de individualidade inclui a relação com o outro, pois somos seres fundamentalmente sociais e gregários.

O mito do homem natural vem da ideia de que somos seres essencialmente puros e que o contato com a civilização nos corromperia moralmente. Há uma crença de que retornando à natureza humana é que estaríamos curados e afinados com certa “pureza” natural. Tal concepção apresenta características religiosas e fantasiosas, uma vez que estudos com populações primitivas evidenciam que o homem é produto -e também produtor- histórico e que responderá às influências culturais em que está inserido desde muito cedo. Sendo assim, a personalidade estaria sempre vinculada ao contexto em que estamos inseridos.

O mito do homem abstrato é a ideia de que podemos estudar os seres humanos de forma generalizada e descontextualizada, ignorando as diferenças sociais, culturais e históricas. Se compreendermos o fenômeno da automutilação de forma abstrata, provavelmente desconsideraríamos a dramática de vida das pessoas que se cortam, ou seja, a experiência vivida seria reduzida à aspectos atemporais e extremamente subjetivos, que não se vinculariam com a realidade externa e a vida concreta.

Notamos nos artigos estudados um excesso de valorização de questões orgânicas e biológicas, seguido de pouca ênfase em motivações psicológicas e sociais. Entretanto, é preciso reconhecer que os artigos psicológicos parecem abstratos, pois invocam proposições teóricas de uma forma aparentemente dogmática, afastando-se, assim, do acontecer humano em sua concretude.

Vale aqui lembrar a obra do psiquiatra italiano Eugênio Borgna (1995, 1999, 2005, 2011) que, convergindo com as formulações blegerianas, denuncia uma unilateralidade na análise do fenômeno humano pelas ciências da saúde, que se daria por meio do reducionismo biologista. A seu ver, a psiquiatria reducionista não se ocupa da vida psicológica dos pacientes em sua totalidade, o que, a seu ver, deve-se ao fato da saúde mental atual estar vivendo um período histórico de radicais ambivalências devidas às suas premissas epistemológicas e metodológicas. Esse autor diz que estamos num momento em que as psiquiatrias marcadas pelo paradigma biológico – que se torna biologicista quando os atos psíquicos são reduzidos à expressão *exclusiva* de uma alteração neuroquímica e neurofisiológica das estruturas cerebrais – distinguem-se radicalmente das psiquiatrias pautadas no paradigma hermenêutico que são aquelas de matriz fenomenológica, social ou psicanalítica (Borgna, 1995, 1999, 2008, 2011).

Os sintomas, na psiquiatria, são liquidas experiências vividas: não tematizam uma realidade rígida, impenetrável ou modificável apenas por uma administração farmacológica: ao contrário, tematizam uma realidade friável e camaleônica (uma realidade psicológica) que se transforma na medida, e nos modos, com os quais aproxima-se de cada paciente: aceitando ou recusando.

Essa plasmabilidade, e esta líquida adaptabilidade dos sintomas fazem imediatamente prenunciar a importância (decisiva) das atmosferas e das atitudes interiores, animadas por humana disponibilidade ou por gélida cientificidade, com as quais nós nos confrontamos com existências seladas pela dor ou pela angústia.

Este horizonte de sentido de uma psiquiatria que não seja sugada para dentro do redemoinho das teses focadas na equivalência entre vida psíquica (transtornos psíquicos) e vida cerebral (transtornos cerebrais): equivalência que as neurociências triunfam.

Os caminhos cognitivos e conceituais, com os quais as psiquiatrias biológicas se confrontam com as experiências psicóticas e com as depressões, com as síndromes de ansiedade e com aquelas obsessivas, são marcadas (são hipotecadas) pela identificação dos fenômenos psíquicos com os fenômenos físicos, pela anulação da dimensão psíquica da vida humana, pela redução da subjetividade a prestações biológicas objetiváveis e pela individualidade humana a uma realidade que não tem nada a ver com as questões da natureza. (Borgna, 2003, p.29-30, Tradução nossa)

A saúde mental pautada numa redução biológica pode estar relacionada a uma política capitalista das indústrias farmacêuticas que investem seus recursos em pesquisas que defendem, num viés organicista, que todos os sofrimentos emocionais seriam tratáveis medicamentosamente. Entretanto, Borgna (2012) ressalta, recorrendo às contribuições de Umberto Galimberti (2009), que o olhar clínico, que se apresenta cheio de humanidade, acolhe a experiência de estranheza do paciente, da qual provém um profundo pedido de compreensão. Entretanto, em muitos casos, essa espera modulada no olhar do paciente acaba desiludida porque ignorada na prescrição generalizante dos fármacos. Borgna (2001) diz que nessa dinâmica de reducionismo biológico, o vínculo e a afetividade entre profissional e pessoa em

sofrimento, não apresentam considerável valor, na medida em que perde sentido qualquer interesse pela subjetividade. Aliás, muitas vezes, nesses contextos, o cuidador não se interessa sequer por sua própria vida interior.

Preocupados com o mesmo tipo de questão, Ambrosio, Aiello-Fernandes e Aiello-Vaisberg (2013) apontam que os adoecimentos eram, nas últimas décadas do século passado, diferenciados, no âmbito da clínica psicológica, como sociais, orgânicos ou psicológicos, sendo apenas esses últimos considerados como sofrimentos emocionalmente autênticos. Tal lógica se encontra suplantada, uma vez que, tanto dificuldades do âmbito biológico, quanto as sociais, são atualmente entendidas enquanto experiências de sofrimento, passíveis de serem estudadas pela psicologia. José Bleger (1963) a partir das contribuições politizerianas, propõe uma psicologia psicanalítica da conduta que adota como pressuposto a ideia de que todo o acontecer humano apresenta sentido, dessa forma, marca com vigor a impossibilidade de distinção entre condutas compreensíveis e explicáveis, conforme foram propostas por Jaspers (1913). Confluindo com autores que defendem que não existem limites para a compreensibilidade dos fenômenos humanos e assim toda e qualquer experiência de sofrimento humano são passíveis de serem compreendidas podendo ser tomadas como objeto de estudo da psicologia e da psicopatologia, quando abarcadas como teoria do sofrimento humano (Aiello Vaisberg, 1999; Aiello- Vaisberg, Machado & Micelli-Baptista, 2003; Medeiros & Aiello-Vaisberg, 2010).

Outro elemento, observado no panorama do material selecionado, foi o predomínio da produção científica pautada num paradigma pós-positivista, em relação a produções de caráter hermenêutico/intersubjetivas (Guba e Lincoln, 1994). É pertinente salientar a necessidade de estudos compreensivos sobre as condutas autolesivas, uma vez que a análise das pesquisas nos permitiu observar o predomínio de estudos da área médica à luz de teorias reducionistas e biologizantes.

Pensamos, também, que no tocante às pessoas que se autolesionam em outros contextos psicopatológicos, ou seja, as não passíveis de serem diagnosticadas como psicóticas, é necessária a ampliação de investigações sobre o tema inscrevendo-o, possivelmente, como expressão de sofrimento social. Ressaltamos, por fim, que os estudos selecionados não contemplam a complexidade deste sintoma quando

situado em pessoas, predominantemente adolescentes, que se expressam em *blogs* sobre a prática do *cutting*, por exemplo.

Referências Bibliográficas

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (1999). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. Tese de Livre Docência, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., Machado, M. C. L., & Ambrosio, F. F. (2003). A alma, o olho e a mão: Estratégias metodológicas de pesquisa na psicologia clínica social winnicottiana. In T. M. J. Aiello-Vaisberg & F. F. Ambrosio (Orgs.), *Cadernos ser e fazer: Vol. 1. Trajetos do sofrimento humano: Desenraizamento e exclusão* (pp. 6-16). São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

Ambrosio, F. F.; Aiello-Fernandes, R. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Pesquisando Sofrimentos Sociais com o Método Psicanalítico: considerações conceituais. In: XI Jornada APOIAR - 'Adolescência: identidade e sofrimento na clínica social', 2013. São Paulo. "*Anais da XI Jornada APOIAR - "Adolescência: identidade e sofrimento na clínica social"*". São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo 1, 174-188.

Arcoverde, R. L., & Soares, L. S. L. D. C. (2012). Funções neuropsicológicas associadas a condutas autolesivas: revisão integrativa de literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 293-300.

Bleger, J. (1963). *Psicologia de la conducta*. Buenos Aires: Paidós.

Borgna, E. (2005). *Come se finisse il mondo: il senso dell'esperienza schizofrenica*. Milano, Feltrinelli.

Borgna, E. (1999). *Noi siamo un colloquio: gli orizzonti dela conoscenza e dela cura in psichiatria*. Milano, Feltrinelli.

Borgna, E. (2001). *L'arcipelago dell'emozioni*. Milano, Feltrinelli.

- Borgna, E. (2005). *L'attesa e la speranza*. Milano, Feltrinelli.
- Borgna, E. (2011). Prefácio. In Ferla, M. T. (2011). *O homem da morte impossível e outras histórias: psicopatologia fenomenológica*. Tradução Guilherme W. Tostes. Belo Horizonte, Artesã, 9-14.
- Cedaro, J. J., & do Nascimento, J. P. G. (2013). Dor e Gozo: relatos de mulheres jovens sobre automutilações. *Psicologia USP*, 24(2), 203-223.
- Ceppi, B., & Benvenuti, M. (2011). Análise funcional do comportamento autolesivo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(6), 247-253.
- Diniz, B. S. D. O., & Krelling, R. (2006). Automutilação de dedos e lábio em paciente esquizofrênico. *Rev. psiquiatria. clínica*. (Sao Paulo), 33(5), 272-275.
- Giussani, L. (2010). *L'io rinasce in un incontro*. Milano: RCS Libri, 75.
- Goi, P. D., & Scharlau, C. T. (2007). Síndrome de Ekbom acompanhada de automutilação. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 97-9.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, 2(163-194), 105.
- Jaspers, K. (1913) *Psicopatologia Geral*. São Paulo: Atheneu, 1972.
- Kamphuis, J. H., Ruyling, S. B., & Reijntjes, A. H. (2007). Testing the emotion regulation hypothesis among self-injuring females: Evidence for differences across mood states. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(11), 912-918.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J., & Grebb, J. A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria Clínica*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Keller, M., & Werlang, B. S. G. (2005). Flexibilidade na resolução de problemas em tentadores de suicídio. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54(2), 128-136.

Kirmayer, L. J., & Carroll, J. (1987). A neurobiological hypothesis on the nature of chronic self-mutilation. *Integrative Psychiatry*.

Kovács, M. J. (2008). Comportamentos autodestrutivos e o suicídio. In M. J. Kovács (Ed.), *Morte e desenvolvimento humano* (pp. 171-194). São Paulo, SP: Casa do psicólogo.

Lagedo, C. M. G., Tudury, E. A., & Faria, M. D. L. E. (1999). Automutilação devido à compressão da cauda equina em três cães e um gato. *Ciência. Rural*, Santa Maria, 29(1).

Leibenluft, E., Gardner, D. L., & Cowdry, R. W. (1987). Special feature the inner experience of the borderline self-mutilator. *Journal of Personality Disorders*, 1(4), 317-324.

Lima, D. S., Prior, K., Uchida, R., Brotto, S., Garrido, R., Tamai, S., & Sanches, M. (2005). Mutilação genital e psicose. *Archives of clinical psychiatry* (São Paulo, Impr.), 32(2), 88-90.

Medeiros, C. & Aiello-Vaisberg, T. M. J (2010). Acordes do sofrimento humano. *Contextos Clínicos* 3(2) 97-105.

Noshpitz, J. D. (1994). Self-destructiveness in adolescence. *American Journal of Psychotherapy*, 48(3), 330.

Nucci, M. G., & Dalgalarrrondo, P. (2000). Automutilação ocular: relato de seis casos de enucleação ocular. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 80-86.

Pizzutto, C. S., Sgai, M. G., Lopes, D. A., Pessutti, C., Nunes, A., Furtado, P. V., ... & Guimarães, M. A. (2015). Relation between the level of self-mutilation and the concentration of fecal metabolites of glucocorticoids in captive chimpanzees (*Pan troglodytes*). *Pesquisa Veterinária Brasileira*, 35(1), 62-66.

Ribeiro, Â., Ribeiro, J. P., & von Doellinger, O. (2015). A skin-picking disorder case report: a psychopathological explanation. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(2), 177-180.

Roza, R. T., & Chiappetta, A. L. D. M. L. (2007). Achados fonoaudiológicos na insensibilidade congênito a dor com anidrose: relato de caso. *Revista CEFAC*, 9(3), 367-374.

Ryan, K., Heath, M. A., Lane, F., & Young, E. L. (2008). Su- perficial self-harm: Perceptions of young women who hurt themselves. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(3), 237-254.

Scivoletto, S., Stivanin, L., Ribeiro, S. T., & Oliveira, C. C. C. D. (2009). Avaliação diagnóstica de crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade e risco social: transtorno de conduta, transtornos de comunicação ou" transtornos do ambiente"? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 36(5),206-207.

Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical psychology review*, 18(5), 531-554.

Teixeira, E. H., Meneguette, J., & Dalgalarrrondo, P. (2012). Matricídio, seguido de canibalismo e automutilação de pênis e mão em paciente esquizofrênico motivado por delírios religiosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(3), 185-8.

Yaryura-Tobias, J. A., Mancebo, M. C., & Neziroglu, F. A. (1999). Clinical and theoretical issues in self-injurious behavior. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(3), 178-183.

ESTILO TARDIO E UM CONVITE À ANGÚSTIA: RACISMO NA OBRA DE ELZA SOARES

Karem Angely Grubert Rojas

Tania Aiello-Vaisberg

Resumo: Este trabalho pretende tecer algumas considerações teóricas preliminares sobre o imaginário coletivo do racismo contra mulheres negras a partir da obra de Elza Soares.

Palavras-Chave: Racismo, Mulher negra e Psicanálise.

Este trabalho teórico busca trazer questões norteadoras que embasarão uma pesquisa de doutorado iniciada na Pontifícia Universidade Católica de Campinas junto ao grupo de pesquisa Atenção Psicológica Clínica em Instituições: prevenção e intervenção, sob orientação de Tania Maria Aiello-Vaisberg.

O grupo investiga questões que têm emergido de forma expressiva na clínica psicológica contemporânea a partir do atendimento de pessoas, cujo sofrimento emocional decorre do fato de vivenciarem situações concretas e reais de injustiça, humilhação e desamparo. Situações essas que provavelmente se intensificam sob circunstâncias históricas que combinam o aumento de desigualdades sociais sob o regime neoliberal. (Aiello-Vaisberg, 1999).

Nessa linha de investigação, com amparo das ideias do psicanalista argentino José Bleger (1963), que buscou na obra de Georges Politzer (1928) embasamento para afirmar que a psicanálise deve voltar-se para o estudo dos fenômenos humanos expressos como conduta na dramática concreta do viver, entendemos que toda conduta é um fenômeno passível de interpretação. Sendo assim, iremos estudar neste trabalho o imaginário coletivo sobre o racismo contra

a mulher negra na obra de Elza Soares, procurando criar/encontrar campos de sentido afetivo-emocional a partir dos quais emergem condutas. Ou seja, estudaremos a temática do racismo partindo de um olhar psicanalítico que reconhece a importância das condições concretas de existência nos modos como a vida pode ser experimentada, levando nossos interesses de pesquisa para a produção de conhecimentos sobre uma dimensão fundamental do ambiente humano, que são, precisamente, os mundos imaginários que habitamos (Leão & Aiello-Vaisberg, 2015). Uma das formas de acesso a esses mundos, ou imaginários coletivos, consiste na abordagem de produções culturais criadas em um dado contexto histórico, social, político e econômico.

Esse estudo fundamenta-se na consideração de que o fenômeno do racismo é visível e atualmente reconhecido na sociedade brasileira, sendo simultaneamente identificado como propiciador de sofrimento emocional para as pessoas negras. Essa visibilidade tem chamado a atenção tanto da academia como do poder público, configurando-se como uma forma específica de sofrimento emocional com raízes complexas na história da formação do povo brasileiro diretamente relacionada à escravidão, que em nosso país durou cerca de trezentos anos (Aiello-Fernandes, 2013).

Além disso, pretendemos, neste trabalho, recortar nosso objeto de estudo pelo viés do sofrimento emocional causado pelas relações de gênero. Justificamos tal abordagem pelo reconhecimento de que o racismo contra a mulher negra apresenta singularidades e especificidades. Finalmente, cabe esclarecer que, adotando a psicologia concreta como referencial, não nos furtaremos a considerar condições de classe social, dado que as marcadas desigualdades socioeconômicas são flagrantes em nosso país. Assim, em nossa observação, a mulher negra brasileira enfrenta uma problemática densa e complexa na qual se articulam mais de uma forma de opressão e violência.

Considerações Iniciais sobre o Racismo

Embora construído historicamente, com base nas práticas escravistas, ligadas ao colonialismo europeu, o racismo ainda é um fenômeno presente na realidade brasileira constituindo fonte de sofrimento emocional para as pessoas negras.

Baseia-se na crença da existência de raças humanas naturalmente hierarquizadas, o que é evidentemente falso, mas serve para legitimar a opressão. O emblema do discurso racista é justamente a noção de que as desigualdades entre as pessoas estariam respaldadas na diferença biológica. Sendo assim, o racismo é uma forma de preconceito dirigida ao outro quando o atributo negativo ou abominável está inscrito no próprio corpo do sujeito. Nesse caso, são suas características biológicas que respaldam as expressões de ódio e intolerância, bem como justificam ideias de inferioridades intelectuais, morais e estéticas. De acordo com o que ressalta Munanga (2012):

Com base nas relações entre “raça” e “racismo”, o racismo seria teoricamente uma ideologia essencialista que postula a divisão da humanidade em grandes grupos chamados raças contrastadas que têm características físicas hereditárias comuns, sendo estas últimas, suportes das características psicológicas, morais, intelectuais e estéticas e se situam numa escala de valores desiguais. Visto deste ponto de vista, o racismo é uma crença na existência das raças naturalmente hierarquizadas pela relação intrínseca entre o físico e o moral, o físico e o intelecto, o físico e o cultural. O racista cria a raça no sentido sociológico, ou seja, a raça no imaginário do racista não é exclusivamente um grupo definido pelos traços físicos. A raça na cabeça dele é um grupo social com traços culturais, linguísticos, religiosos, etc. que ele considera naturalmente inferiores ao grupo ao qual ele pertence (p. 27).

Embora esse conceito não tenha se sustentado cientificamente na biologia, ainda persiste na atualidade, pois “...o difícil é aniquilar as raças fictícias que rondam em nossas representações e imaginários coletivos”. (Munanga, 2012, p.26)

Assim, podemos afirmar que uma cultura racista certamente não cultiva a solidariedade e o respeito como valores fundamentais para a vida humana, pois suas práticas e discursos prejudicam objetivamente aqueles que são discriminados enquanto empobrece a todos do ponto de vista ético e social. No Brasil, com suas especificidades histórica, econômica, cultural, social e geopolítica, podemos situar as práticas racistas de forma singular, como ‘racismo à brasileira’, como teoriza Telles (2003), na maioria das vezes sutil e multifacetado em suas formas de expressão.

O Racismo contra a Mulher Negra

Para Riscado e Oliveira (2010), a mulher negra tem ocupado historicamente no Brasil a última posição social, pois tem um componente que a torna, quando comparada às demais, ainda mais discriminada: a coloração da pele. Portanto, sofre discriminação por ser mulher, por ser negra e por ser pobre – pois a grande maioria da população vive em condições precárias. Concordamos com essa visão, entendendo que as condições de gênero e classe trazem outras tonalidades ao sofrimento emocional das mulheres negras.

A partir dessa compreensão da discriminação contra a mulher-negra buscamos uma compositora e/ou intérprete da música popular brasileira afrodescendente, produtora de uma obra inovadora e esteticamente sofisticada, para a realização da pesquisa proposta. Definido o fio condutor da nossa investigação optamos nos debruçar sobre a produção artística de Elza Soares, que com seu extraordinário talento mudou o rumo da sua história, definindo-se ao longo da sua carreira como porta-voz do sofrimento desencadeado pela pobreza, pelo machismo e pelo racismo. Sua música e interpretação, para além do entretenimento, foi talhada como denúncia motivada por desejo intenso de mudança. Sua voz considerada uma das mais belas do mundo apresenta características raras e singulares. Uma forte presença humana, à qual se aliam requintes de um timbre inconfundível, traduzem-se em interpretações que despertam emoções e sensibilidade.

Em um texto intitulado ***A sombra de Don Juan***: a sedução como mentira e como iniciação, Renato Mezan (1993) analisa o significado da palavra sedução, considerando-o a partir de dois registros, ético e estético. No registro estético, a sedução corresponderia ao domínio de um sujeito sobre o outro, enquanto no ético consistiria no despertar ou refinar de uma sensibilidade. De acordo com esse autor sedução significa:

Prazer extremo, deleite, algo que não vai retirar nada do seduzido, mas ao contrário lhe acrescentar alguma coisa. O sedutor é neste momento aquele ou aquilo que toca fibras sensíveis, que desperta, no outro, sensações de raro matiz, emoções até então ignoradas; o sedutor acaricia com suavidade, faz com que o seduzido descubra dimensões da própria experiência que sequer suspeita ser capaz de vivenciar (Mezan, 1993, p.20).

A nosso ver, tais colocações podem iluminar nossa compreensão acerca do estilo da cantora, pois Elza Soares interpreta suas letras forjando uma identidade única para cada uma. Nessa perspectiva, ousamos afirmar que a experiência a que Mezan (1993) faz referência, quando propõe que a sedução apresenta uma dimensão estética, pode ser comparada ao que vivencia o ouvinte. As composições, impregnadas de suas experiências e emoções, indicam que encarna seus afetos em cada interpretação, seduzindo no sentido estético do termo e fazendo um convite, à plateia, de que explore novas possibilidades em sua capacidade de sentir.

Como a produção artística de Elza Soares, ao longo de uma carreira 60 anos, abrange um número expressivo de produções, optamos por abordar, como material de pesquisa, seu último álbum, “A Mulher do Fim do Mundo”, que gravou em 2015, com 79 anos de idade. Esta obra tem sido considerada pela crítica como o ápice de sua trajetória, tendo sido muitas vezes ressaltado o fato de que as composições são todas interpretadas na primeira pessoa. Nesse álbum, o aspecto provocador e perturbador de sua interpretação toma contornos de uma arte que pulsa de modo sensível clamando à transformação social. Ouvindo esse repertório, sentimos um apelo a uma angústia que desestabiliza o conforto de um *status quo* enraizado, aproximando-se do conceito de estilo tardio que, conforme lembra Villaça (2010), foi elaborado por Said (2009, p. 155) numa definição na qual se entrelaçam, concomitantemente, senescência e sobrevivência. Afirma Villaça (2010):

Na dialética dessa concomitância, exercida por alguns artistas no fim de suas vidas, não se consente que as últimas obras sejam um coroamento previsível da maturidade, recompondo em definitivo um legado já familiar, pelo contrário: há a emergência inquieta “de um novo idioma”, caracterizado por “intransigência, dificuldade e contradição em aberto”. São obras que o domínio técnico recusa a

serenidade madura ou alguma totalização para se abrir a inquietações e perplexidades de uma estética rarefeita, extemporânea, em que o artista “em pleno controle de seu meio estético abandona a comunicação com a ordem social estabelecida de que ele é parte para chegar a uma relação alienada e contraditória com ela. (p. 375)

Conforme o conceito citado, Elza Soares convida a inquietações sobre o nosso entorno social e existencial. Somos lançados ao desconforto, quando nos coloca, como público, diante de novas encruzilhadas que nos exigem a olhar para questões coletivas importantes como o racismo contra a mulher-negra, entre outros. Daí a escolha por este álbum.

Considerações Finais

Esperamos, com essa pesquisa, que se inclui em estudos psicanalíticos sobre imaginários coletivos, concebidos como condutas, no sentido blegeriano do termo, produzir conhecimento que contribua tanto para a compreensão como para a superação do racismo em geral e do racismo contra a mulher negra em nosso país.

Referências Bibliográficas

Aiello-Fernandes, R. *Da entrada de serviço ao elevador social”: Racismo e Sofrimento*. (2013). 138f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1999). *Encontro com a Loucura: Transicionalidade e Ensino de Psicopatologia*. Tese de Livre Docência. São Paulo, Universidade de São Paulo. Disponível em www.teses.usp.br

Bleger, J. (1963) *Psicologia de la Conduta*. Buenos Aires. Paidós: edição 2007.

Herrmann, F. (1979). *O Método da Psicanálise*. Editora Brasiliense. São Paulo.

Leão, T. S. e Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Abordagem Psicanalítica de Imaginários Coletivos sobre Preconceito em Canções da Música Popular Brasileira: Estudo de “Maldito Vírgula” de Itamar Assumpção (2010). In: *XX Encontro de Iniciação Científica e V Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação, 2015, Campinas. Anais-XX Encontro de Iniciação Científica e V Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação. Campinas: PUC-Campinas,1.*

Mezan, R. (1993). A sombra de Don Juan: a sedução como mentira e como iniciação. In: Mezan, R. *A sombra de Don Juan e outros ensaios*. (13-49). São Paulo: Brasiliense.

Munanga, K. (2004). Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: BRANDÃO, A (Org.). *Programa de Educação sobre o Negro na Sociedade Brasileira*. (20-30) .Niterói: RJ: Editora da Universidade Federal Fluminense.

Politzer, G. (1928). *Crítica dos Fundamentos da Psicologia: a Psicologia e a Psicanálise*. Editorial Unimep.

Riscado, J.L.S.; Oliveira, M.A.B.; Brito, A.M.B.B.. (2010). Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca de prevenção do HIV/aids em comunidades remanescentes de Quilombos, em Alagoas. *Saúde soc*, vol.19 (2), 96-108. Acesso em: 10 de julho de 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000600010.

Said, E. (2009). *Estilo Tardio*. São Paulo: Companhia das Letras.

Telles, E. (2003). *Racismo à brasileira: uma nova perspectiva sociológica*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Villaça, A. (2010). Edward Said e o "estilo tardio". *Estud. Avançados*, vol.24 (68), 375-380. Acesso em 12 de agosto de 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142010000100026.

DETERMINANDO NÚMERO DE PARTICIPANTES EM PESQUISA QUALITATIVA: APONTAMENTOS INICIAIS

Marcela Casacio Ferreira-Teixeira

Tania M.J.Aiello-Vaisberg

Resumo: As investigações qualitativas em psicologia são determinadas por fundamentos epistemológicos específicos e são realizadas a partir de um leque de referenciais teóricos. Resulta daí uma variedade de desenhos de pesquisa, que coloca questionamentos importantes, uma vez que não se pode abrir mão do rigor científico. Um ponto controverso, que merece discussão, diz respeito ao número de participantes de pesquisas que fazem uso do método psicanalítico, questão que tem sido frequentemente respondida por meio da adoção da chamada amostragem por saturação, que aqui criticamos em vista de seu comprometimento com o paradigma positivista de produção de conhecimento.

Palavras-chave: amostra, método psicanalítico, número de participantes, pesquisa qualitativa.

As pesquisas qualitativas em psicologia pretendem, em geral, interpretar ou compreender os fenômenos psicológicos. São determinadas por fundamentos ontológicos e epistemológicos e, de acordo com eles, definem um método específico.

Atualmente, a pesquisa qualitativa está presente no contexto científico de maneira significativa. Ademais, durante décadas, as pesquisas chamadas positivistas predominaram o campo psicológico. Foi a partir da década de oitenta que começou a emergir, no campo das ciências humanas e sociais, uma nova visão de pesquisa, como alternativa ao modo positivista de investigação (Aiello-Fernandes, Ambrosio & Aiello-Vaisberg, 2012).

Para se ter uma ideia do atual panorama nacional, em termos da pesquisa qualitativa, quando pesquisamos, na base Scielo, “pesquisa qualitativa”, retornam 4.342 artigos.

Este dado, sem dúvida, leva a muitas reflexões, que por ora não poderão ser feitas aqui. Interessa-nos, contudo, pensar que a expressão pesquisa qualitativa reúne pesquisas com formas peculiares de conceber, fazer e interpretar resultados, oriundas das mais variadas áreas, entre elas, administração, antropologia, educação, enfermagem, psicologia, psiquiatria e sociologia.

O termo qualitativo se firmou como movimento alternativo ou complementar ao modo positivista de pesquisar, mas pode ser encontrado em contextos de pesquisas precisamente positivistas. Basta ver uma pesquisa qualitativa, por exemplo, que desenvolva um método compreensivo, mas cultive crenças fundamentalmente positivistas, tal como a de ser possível apreender todos os significados de uma realidade objetivada, possibilitando generalizar os resultados encontrados. É o que também encontramos em pesquisas que se constituem por métodos mistos. Quantificam dados, mas também os interpretam qualitativamente. Além disso, apesar de buscarem significados dos seus resultados encontrados, para além da quantificação, partem ontologicamente do realismo ⁴⁷. Nesse sentido, o material encontrado, na realidade objetivamente apreensível, constitui uma amostra – termo que discutiremos adiante –, derivada de um todo maior. Aquilo que se verificar como verdadeiro para a amostra poderá ser generalizado.

No que diz respeito ao nosso objetivo, qual seja, investigar a configuração dos participantes da pesquisa, partimos do pressuposto de que o posicionamento ontológico e epistemológico do pesquisador possibilitará configurar o método e determinar, eventualmente caso a caso, dependendo dos objetivos e do desenho de cada pesquisa, o número de participantes.

A definição do tipo de pesquisa qualitativa, a partir dos fundamentos que a constroem, possibilita delimitar coerentemente o método. Neste sentido, autores como Guba e Lincoln (1994, 2008) descrevem *paradigmas fundamentais* a partir dos quais as pesquisas das áreas sociais estão construídas. Neles se encontram crenças básicas, ontológicas e epistemológicas, que determinam os métodos investigativos, ideia também presente em Parker (2004), autor que se refere, especificamente, ao campo da psicologia. Em sendo assim, os fundamentos conformam um modo de

⁴⁷ Chamamos de realismo a visão positivista de que a realidade existe como mundo real objetivável, de onde será possível, através da coleta de dados objetivos, captá-la.

pesquisar segundo o qual será definido o número de participantes necessários para a pesquisa.

Introduzimos, portanto, o problema do presente trabalho, que diz respeito à determinação do número de participantes das pesquisas qualitativas. Passemos a considerar o problema em relação às pesquisas qualitativas que usam o método psicanalítico.

Pesquisas qualitativas que usam o método psicanalítico

De acordo com nossa explanação anterior, partimos da premissa de que os fundamentos ontológicos e epistemológicos do pesquisador determinarão o desenho das pesquisas empíricas.

Fundamentados ontológica e epistemologicamente nas exigências de uma psicologia concreta (Politzer, 1994/1928), estudada profundamente por Bleger (1958; 1963), temos realizado pesquisa qualitativa com método psicanalítico dando continuidade a diálogos críticos com a psicanálise clássica, principalmente no que diz respeito a suas construções abstratas, especulativas e distanciadas do acontecer humano. Foi precisamente esta busca por uma psicologia que estabeleceu, como foco, a abordagem das chamadas condutas dramáticas, o principal motivo para aproveitar os estudos metodológicos de Herrmann (1979), na defesa do método psicanalítico como alternativa no campo das pesquisas qualitativas (Aiello-Fernandes, Ambrosio & Aiello-Vaisberg, 2012).

Seguindo um caminho de pesquisas e intervenções psicológicas, vimos abordando psicanaliticamente imaginários coletivos sobre grupos sociais, vítimas de discriminação e exclusão social, pretendendo nos engajar contribuindo com as discussões envolvendo sofrimentos sociais. Fundamentados em ideias blegerianas críticas (Bleger 1958; 1963), acerca do materialismo dialético, segundo o qual o nascimento das representações, ideias, consciência e afetos estará sempre ancorado na atividade e relações materiais dos homens com sua vida real, admitimos que os fenômenos psicológicos são reais. Superando um idealismo metafísico

freudiano ⁴⁸, Bleger (1958; 1963) destaca que tudo o que se pensa, idealiza, representa é resultado da vida material do homem, construída ética, histórica, política e economicamente.

Do sentido de admitir a primazia da vida material e concreta do homem, decorre a premissa epistemológica de que o pesquisador, ao investigar o fenômeno humano, interfere no seu objeto de estudo. Lembrando a metáfora de Bleger (1963), é muito diferente estudar condutas humanas e investigar planetas. Estudar as primeiras implica em modifica-las, diferentemente dos planetas que, quando estudados ou observados, não serão, necessariamente, modificados.

No que diz respeito ao uso do método da psicanálise, vale distinguir que o vocábulo psicanálise tem sido usado sob três diferentes sentidos. O primeiro, como método de investigação; o segundo, como teoria derivada do método e terceiro, como tratamento (Laplanche & Pontalis, 1998). Desses três sentidos, Herrmann (1979) mostra que o bom uso do primeiro, o método, gera os outros dois. Portanto o registro do método é logicamente anterior à teoria e aos procedimentos clínicos. Conferimos, então, ao método uma vocação primariamente investigativa. Trata-se, assim, de fazer uso do método de maneira diferente de autores como Elliott & Frosh (2002) e Holloway & Jefferson (2000), os quais tem usado o método psicanalítico de modo exclusivamente terapêutico.

Ao desenvolvermos uma pesquisa, o método transcorre sem que haja, necessariamente, a adesão à própria teoria psicanalítica. Tal método é operacionalizado de maneira que o pesquisador se mantenha, dentro do possível, livre de teorias psicológicas, antes do encontro com o que venha a emergir da pesquisa. Seguem as palavras de Aiello-Fernandes, Ambrosio & Aiello-Vaisberg (2012):

... não existe possibilidade de chegar ao novo se estamos comprometidos com a defesa desta ou daquela teoria instituída. É preciso que seja possível colocar a teoria instituída entre parênteses, em estado de suspensão, para que o novo possa emergir – justamente o mesmo movimento que o bom clínico utiliza na relação com seu paciente. A psicanálise como

⁴⁸ Bleger (1958) admite que umas das maiores revoluções de Freud, na psicologia, foi explicar dinamicamente a conduta - para além do sentido reduzido da luta de forças pulsionais – de modo que compreendeu a conduta como processo. Também compreendeu a possibilidade de trabalho em um campo operacional concreto e próprio, no qual modificamos a conduta com a nossa atuação.

método viabiliza a única articulação verdadeiramente fecunda com a pesquisa universitária, na medida em que esta última se define exatamente pelo cultivo de liberdade para rejeitar antigas ideias quando novos conhecimentos colocarem-nas em cheque. Trata-se, vejam bem, de combater modos submissos de lidar com o já estabelecido (p.312).

O procedimento de encontro com o material empírico pretende estar livre de teorias e aberto ao novo, não somente no que diz respeito às teorias psicológicas e psicanalíticas, mas também a outros saberes e ideologias.

O material empírico, por sua vez, deriva de fontes tradicionais, como entrevistas individuais e coletivas ou sessões de atendimento clínico, bem como outras formas de contato com produções humanas. Estas produções consistem em publicações on-line de sites, postagens de blogs e também materiais culturais, tais como filmes, letras de músicas e obras da literatura (Aiello-Fernandes, Assis, Silva, Leão & Aiello-Vaisberg, 2014; Fernandes, Leão, Aiello-Vaisberg, 2015; Ferreira-Teixeira, Gallo-Belluzzo, Aiello-Vaisberg, 2014; Montezi, Barcelos, Ambrósio & Aiello-Vaisberg, 2013; Schulte, 2016; Visintin & Aiello-Vaisberg, 2015).

São possíveis várias formas de configuração e delineamento do método. Nosso interesse aqui trata do procedimento de configuração das pesquisas que utilizam entrevistas. De acordo com cada proposta de pesquisa será configurado o material e, portanto, o número de participantes.

Durante a investigação, podemos contar com os passos do método psicanalítico a partir da associação livre e da sustentação da atenção flutuante. Em situações de entrevistas, emoções, afetos e sensações do pesquisador participam da investigação, vindo a configurar um rico material de pesquisa.

Em nosso percurso de pesquisa psicanalítica, desenvolvemos um modo de investigar que possibilita o desenvolvimento da metodologia de acordo com cada estudo. Nesse sentido, temos como referência pontos que a fundamentam e, conseqüentemente, permitem configurar o número de participantes, quais sejam: 1) objetivos da pesquisa; 2) contexto no qual a pesquisa será realizada; 3) maturidade científica do pesquisador; 4) o tempo de que dispõe o pesquisador e 5) alcance dos resultados. Antes de discutir sobre essa articulação, exporemos um breve estudo da literatura sobre o número de participantes da pesquisa qualitativa.

Amostragem por Saturação e a Herança Positivista

Um assunto significativamente presente na literatura nacional e internacional, sobre a configuração do número de participantes das pesquisas qualitativas, envolve o uso da amostragem por saturação, em situações de entrevistas. Discutiremos abaixo sobre o tema, reiterando as diferenças epistemológicas com nosso método.

Não são poucos os pesquisadores qualitativos que configuram o número dos participantes da pesquisa baseando-se no critério de amostragem por saturação (Baker & Edwards, 2012; Fontanella et al, 2011; Guest et al, 2006; Malterud, Siersma & Guassora, 2015; O'Reilly & Parker, 2012). Este critério se define na medida em que o pesquisador observa as informações dos participantes, que vem surgindo ao longo da investigação e, sobre elas, analisa se há repetições e redundâncias. Se as informações coletadas apontam para uma suposta saturação, no sentido de não contribuírem mais com o material da pesquisa, os pesquisadores identificam o fim da exploração investigativa, suspendendo a ampliação do número de participantes. Define-se aí, portanto, o número de participantes, por saturação (O'Reilly & Parker, 2012).

A ideia de saturação, contudo, vem sendo discutida, criticamente, em nosso meio, por estar presente maciçamente nos métodos de pesquisas qualitativas (Guest et al, 2006; O'Reilly & Parker, 2012). As críticas começam pelo próprio termo “amostra” associado à saturação, que implica em subscrever uma epistemologia positivista. O conceito de amostra por saturação tornou-se, provavelmente, objeto de confusão entre pesquisadores qualitativos, tanto no sentido epistemológico, como nos modos de sua aplicação, derivado de interpretações equivocadas e acríticas (Baker & Edwards, 2012; Guest et al, 2006; O'Reilly & Parker, 2012). O uso maciço de tal termo, presente em pesquisas qualitativas, parece ancorado, equivocadamente, no intuito de atestar um marcador de qualidade destas pesquisas (Guest et al, 2006; O'Reilly & Parker, 2012; Parker, 2004), ao contrário da preocupação da transparência da metodologia.

Vale lembrar que saturação está embasada na Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1999/1967), que desenvolveu o conceito de saturação teórica ⁴⁹ há décadas, acreditando que os dados qualitativos são importantes para as pesquisas que envolvem seres humanos. Nesse referencial, contudo, a noção de saturação significa que as categorias encontradas estão totalmente contabilizadas, suas relações são testadas e validadas, e a variabilidade entre elas pode ser explicada. A partir disso, pode-se, então, emergir uma teoria explicativa, dos processos sociais, daquele contexto estudado, o que parece ser primordial em tal referencial. O foco, portanto, não se refere somente em relação a surgirem, ou não, novas ideias, em contribuição à pesquisa.

Apesar de ser transformado e revisto, o conceito manteve-se, porém, sustentado pelo fundamento positivista – ou pós-positivista (Guba & Lincoln, 1994). Portanto, o conceito de amostra por saturação se identifica epistemologicamente com tal fundamento, o que nem sempre é considerado quando se desenvolve uma pesquisa qualitativa. Desse modo, ao ignorar tais fundamentos, alguns estudos qualitativos podem justificar seu critério de amostragem, pela saturação de dados, de forma indiscriminada (O'Reilly & Parker, 2012).

Há um interessante estudo realizado por pesquisadores ingleses – das universidades de Middlesex e de Southampton -, no qual o objetivo foi, tal como o título do artigo, responder à pergunta que sempre surge quando se pretende pesquisar: quantas entrevistas qualitativas são suficientes? (Baker & Edwards, 2012). Os autores seguem entrevistando pesquisadores – em geral, pesquisadores qualitativos experientes - sobre o assunto e, conforme as respostas vão sendo dadas, percebemos o quanto o legado positivista influenciou tais pesquisadores.

Do mesmo modo, tal condição de influência é tema de reflexão para Guest et al (2006) e O'Reilly & Parker, 2012. Nestes dois estudos, os autores apontam as questões que envolvem a proposta da pesquisa como aquelas que influenciam a quantidade de participantes necessária. Baker e Edwards (2012), portanto,

⁴⁹ A teoria, dita externa, do investigador no decorrer de um estudo - ou as hipóteses a serem testadas - pode ter pouco ou nenhum significado dentro da visão, dita interna, das pessoas estudadas, bem como pelos grupos, sociedades ou culturas. Os dados qualitativos seriam, segundo os seguidores da Grounded Theory, úteis para descobrir tais visões, proporcionando a criação de teorias *fundamentadas (grounded)* (Glaser & Strauss, 1967; Guba & Lincoln, 1994; O'Reilly & Parker, 2012; Strauss & Corbin, 1990).

concebem a resposta “depende” como uma das mais presentes em seus estudos, sobre quantas entrevistas são necessárias. Em nossa experiência acadêmica, podemos dizer que, em geral, esta resposta também se faz presente com frequência. Tal dependência implica que a organização e configuração da pesquisa levam em consideração fatores múltiplos, que incidirão na definição do método, tal como aponta Parker (2004) e, conseqüentemente, no número de participantes.

Os fundamentos ontológicos e epistemológicos, os objetivos da pesquisa, o próprio contexto no ela qual será realizada, o tempo de que dispõe o pesquisador, sua maturidade e o que se espera daquilo que se encontra são alguns norteadores que nos levam a definir o número de participantes.

Referências Bibliográficas:

Aiello-Fernandes, R.; Assis, N. P.; Silva, R. D. M.; Leão, T. S. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). Racismo na MPB: um estudo psicanalítico. Em *Anais Jornada Apoiar A clínica social: propostas, pesquisas e intervenções*, XII, (179-196), Instituto de Psicologia da USP, São Paulo.

Aiello-Fernandes, R., Ambrosio, F.F. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2012). O Método Psicanalítico como Abordagem Qualitativa: Considerações Preliminares . Em *Anais Jornada Apoiar O laboratório de saúde mental e psicologia clínica social - 20 anos: o percurso e o futuro*, X, (pp.306-314). Instituto de Psicologia da USP, São Paulo.

Ambrosio, F.F., Aiello-Fernandes, R. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013). Pesquisando sofrimentos sociais com o método psicanalítico: considerações conceituais. Em *Anais Jornada Apoiar Adolescência: Identidade e sofrimento na clínica social*, XI, (pp.174-188). Instituto de Psicologia da USP, São Paulo.

Baker, S.E. & Edwards, R. (2012). How many qualitative interviews is enough? Expert voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research. *National Centre for Research Methods (NCRM)Review Paper*.

Bleger, J. (1958). *Psicoanálisis y Dialéctica Materialista - Estudios sobre la estructura del psicoanálisis* . Buenos Aires: Editorial Paidós.

Bleger, J. (1963). *Psicologia da conduta*. Tradução Emília de Oliveira Diehl. Porto Alegre: Artes Médicas.

Elliot, A. & Frosh, S. (2002) *Psychoanalysis in Contexts. Paths between Theory and Modern Culture*. Edited by Anthony Elliott and Stephen Frosh. London and New York: Routledge.

Fernandes, R. A. ; Leao, T. S. & Aiello-Vaisberg, T.M.J (2015). Maldito Vírgula?: Imaginário sobre Racismo na Obra de Itamar Assumpção. Em *Anais Jornada Apoiar Cuidado e prevenção em saúde mental: propostas e pesquisas, XIII*, v. 1. (pp. 334-357). Instituto de Psicologia da USP, São Paulo.

Ferreira-Teixeira, M. C.; Gallo-Belluzzo, S. R. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014). O imaginário da adoção homoparental no Filme PATRIK 1.5: Considerações Preliminares. Em *Anais Jornada Apoiar A clínica social: propostas, pesquisas e intervenções, XII*, (p. 139-152), Instituto de Psicologia da USP, São Paulo.

Fontanella, B.J.B., Luchesi, B. M., Saidel, M.G.B., Ricas, J., Turato, E.R. & Melo, D.G. (2011). Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(2), 388- 394. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>

Glaser, B.G. & Strauss, A. L. (1967). *Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick (U.S.A.) and London (U.K.). ISBN: 0-202-30260-1.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks, CA: Sage

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (2008). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The landscape of Qualitative Research* (pp. 255-286). Thousand Oaks, CA: Sage.

Guest, G., Bunce, A. & Johnson, L. (2006) How Many Interviews Are Enough? An Experiment with Data Saturation and Variability. *Field Methods* (18)1, February, 59–82. DOI: 10.1177/1525822X05279903.

Hollway, W. & Jefferson, T. (2000). *Doing Qualitative Research Differently: free association, narrative and the interview method*. London: Sage. 166pp. ISBN 0 7619 6425 8 (Hardback) ISBN 0 7619 6426 6 (Paperback).

Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1998). *Vocabulário da psicanálise*. Direção Daniel Lagache. Tradução Pedro Tamem. 3ª edição. São Paulo: Martins Fontes. 552p.

Malterud, K; Siersma, V.D. & Guassora, A.D. (2015) Sample Size in Qualitative Interview Studies Guided by Information Power. *Qual Health Res* November 27, 1049732315617444.

Montezi, A. V. ; Barcelos, T.F. ; Ambrósio, F. F. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Linha de Passe: adolescência e imaginário em um filme brasileiro. *Psicologia em Revista (Online)*, v. 19, p. 74-88.

O'Reilly, M. & Parker, N. (2012). 'Unsatisfactory Saturation': a critical exploration of the notion of saturated sample sizes in qualitative research. *Qualitative Research* 13(2) 190 –197. DOI: 10.1177/1468794112446106

Parker, I. (2004). Criteria for qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 1:1-12.

Politzer, G. (1994). *A crítica dos fundamentos da Psicologia: a Psicologia e a psicanálise*. (M. Marcionilo e Y. M. de C. T. da Silva, Trad.). Piracicaba: Unimep. (Trabalho original publicado em 1928).

Schulte, A.A. (2016). Maternidade contemporânea como sofrimento social em blogs brasileiros. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas. 126p.

Strauss, A. L., & Corbin, J. (1994). Grounded theory methodology. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Visintin, C. N. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2015) . Investigando o imaginário da depressão pós-parto em blogs brasileiros. Em *Jornada Apoiar Cuidado e prevenção em saúde mental: propostas e pesquisas*, XIII, v 1, (p. 261-266), Instituto de Psicologia USP, São Paulo.

EXPERIÊNCIA EMOCIONAL DE PRESIDIÁRIAS EM PESQUISAS EMPÍRICAS

Maria Julia Souza Chinalia

Tania Maria José Aiello-Vaisberg

Resumo: Apresentamos, no presente texto, revisão de literatura sobre a vida emocional de mulheres encarceradas, realizada por meio de levantamentos de artigos empíricos constantes na PubMed e na SciELO, entre 2009 e 2016. O material foi analisado em termos de itens importantes por meio dos quais se estruturam de comunicações científicas desse tipo, abrangendo objetivos, procedimentos, resultados e referencial teórico. O quadro geral revela um predomínio de estudos positivistas, que operam recortes no sentido de claro reducionismo psicológico, por meio do qual é escamoteada a produção social da delinquência em países marcados por fortes desigualdades socioeconômicas.

Palavras-chaves: mulheres na prisão, experiência emocional, revisão bibliográfica

Apresentamos e discutimos, no presente texto, revisão de literatura científica sobre a condição emocional de mulheres encarceradas ou egressas do sistema prisional. Deste modo, informaremos sobre o que vem sendo considerado em pesquisas empíricas, realizadas entre 2009 e 2016, por pesquisadores que se tem interessado por produzir conhecimento sobre esse tema.

Realizando Levantamento de Artigos

Em termos metodológicos, organizamos nossa revisão realizando, primeiramente, um levantamento bibliográfico de artigos nacionais e internacionais publicados no período entre 2009 e 2016 em periódicos eletrônicos incluídos em duas bases:

PubMed (US National Library of Medicine) e SciELO (Scientific Eletronic Library Online).

Justificamos estas escolhas pelo fato dessas corresponderem a bases que abrangem diversas áreas do conhecimento científico, além de serem reconhecidas em virtude de suas exigências e permitirem acesso direto a textos integrais gratuitos. Valorizamos tal critério de seleção tanto por motivos pragmáticos, na medida em que os textos de acesso sem pagamento correspondem aos que são efetivamente mais utilizados como por motivos ético-políticos, na medida em que pensamos que o saber não deve ser tratado como mercadoria e que todo conhecimento deve ser maximamente socializado.

Pesquisadores que não costumam trabalhar com a base PubMed tendem a pensar que os artigos publicados ali seguem todos um modelo médico de produção de conhecimento. Tal impressão se deve à história da própria base, que pertence à Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos e se limitava, em seus primórdios a artigos estritamente biomédicos. Entretanto, a PubMed evoluiu e amadureceu no sentido de, inclusive, acolher um grande número de trabalhos que criticam de modo fundado a medicalização de problemas que têm suas raízes no contexto sócio histórico, do que resultou importante abertura para trabalhos de alta qualidade produzidos na interface entre as ciências da saúde e as ciências humanas e sociais. Por outro lado, sua herança médica pode inclusive ser positiva, uma vez que contribui fortemente para que agregue, atualmente, importantes periódicos voltados ao estudo de sofrimentos sociais.

A base SciELO é um diretório de publicação eletrônica que trabalha colaborativamente com diversos periódicos científicos. Tem a preocupação de responder às necessidades de circular estas publicações entre os países em desenvolvimento, especialmente América Latina e Caribe, proporcionando visibilidade e acesso universal à literatura científica nestes lugares, que tradicionalmente enfrentavam barreiras nesse sentido. O modelo SciELO é produto da cooperação entre a FAPESP (Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo) e a BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, que são instituições voltadas à comunicação do saber científico.

Opera regularmente desde 1998 e, desde 2002, passou a contar também com o apoio do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Voltando ao processo de revisão, realizamos as buscas em artigos internacionais (Base PubMed) usando as palavras chave “Women in Prison” e “Women + Emotional” (“Mulheres na Prisão” e “Mulheres + Emocional”). As buscas em artigos nacionais na base SciELO foram feitas utilizando os descritores “Mulheres + Prisão + Emocional”. A partir destes passos, procedemos, então, a uma leitura sistemática dos artigos selecionados, adotando como guia a estrutura composta por objetivos, metodologia, procedimentos de coleta, procedimentos de registro, modos de interpretação, resultados encontrados e interpretação dos resultados.

Fixamos, como faixa temporal de pesquisa, um intervalo de sete anos. Optamos por um alargamento do período de cinco anos, usual em pesquisas de doutorado no campo da psicologia, porque supusemos que o retorno de artigos se daria em número baixo, o se confirmou de fato.

Descrevendo Pesquisas Recuperadas

A primeira busca foi organizada na base PubMed, utilizando as palavras chave “Women in Prison” e “Women in Prison + Emotional”. Obtivemos uma lista de 14 artigos. Entretanto, três dos artigos que constavam na lista com texto integral gratuito se encontravam inacessíveis no momento em que esta pesquisa foi realizada. Posteriormente, tentamos acessar esses três artigos faltantes em outros momentos, tendo em vista testar se nos encontrávamos diante de uma falha temporária do funcionamento da base. Contudo, apesar de nossos cuidados, retomando a base em momentos distintos, não logramos êxito. Por esse motivo, trabalharemos com apenas 11 artigos do PubMed.

Apresentamos, a seguir, o quadro 01, no qual apontamos quantos artigos foram encontrados a partir de cada palavra chave pesquisada:

Quadro 01.

sca pelas possíveis palavras chave	Número de artigos com texto integral na base PubMed

Women in Prison	205
Women in Prison+ Emotional	11

Como se pode notar, constatamos que cerca de 7% do total de artigos sobre mulheres na prisão, da PubMed, incluem a abordagem da dimensão emocional.

A segunda busca foi organizada na base SciELO, utilizando as palavras chave "Mulheres + Prisão" e "Mulheres + Emocional" e Apresentamos, a seguir, o quadro 02, no qual apontamos quantos artigos foram recuperados a partir de cada palavra chave pesquisada.

Quadro 02.

Busca pelas possíveis palavras chave	Número de artigos total encontrado na base SciELO
Mulheres + Prisão	7
Mulheres + Prisão + Emocional	1

A busca nesta segunda base não demandou discriminação entre artigos com texto integral disponível, uma vez que todos os trabalhos inseridos no site têm essa característica. No entanto, encontramos apenas um artigo nesta lista que dizia respeito ao nosso tema de estudo, e um artigo repetido, constando no resultado com os descritores "Mulheres + Emocional". Deste modo, ficamos apenas um trabalho. Percebe-se, aí, cerca de 14% do total dos artigos sobre mulheres na prisão inclui a consideração da dimensão emocional.

Levando em conta que nosso interesse se concentra em artigos empíricos, que investiguem a dimensão emocional da vida de mulheres na prisão, havemos por bem desconsiderar o conjunto de produções em que a questão psicológica não foi estudada. Desse modo, selecionamos um *corpus* composto por 10 artigos obtidos na PubMed e um artigo acessado por meio da SciElo, perfazendo um total de 11 artigos.

No quadro a seguir, descrevemos título, autores e objetivos dos trabalhos selecionados.

Quadro 03.

	Título	Autores	Objetivo
1.	The Impact of a Mindfulness Based Program on Perceived Stress, Anxiety, Depression and Sleep of Incarcerated Women	Ferszt G.G., <u>Mille R.J.</u> , <u>Hickey J.E.</u> , Maull F., <u>Crisp K</u>	Estudar eficácia clínica de programa de atendimento psicológico para stress, ansiedade e depressão.

2.	TRAUMATIC EXPERIENCES AND RE-VICTIMIZATION OF FEMALE INMATES UNDERGOING TREATMENT FOR SUBSTANCE ABUSE	<u>Mejía B.</u> , <u>Zea P.</u> , <u>Romero M.</u> , <u>Saldívar G</u>	Estudar eficácia clínica de programa psicológico para usuárias de drogas.
3.	THE MOST COMMON REASONS AND INCENTIVES OF TENDENCY TO ADDICTION IN PRISONS AND REHABILITATION CENTRES OF ZAHEDAN (IRAN)	<u>Raeisei A</u> , <u>Saran H</u> , <u>Arbabisarijou A</u> , <u>Mojahed A</u>	Estudar motivos conscientes para uso de drogas.
4.	ROMANTIC RELATIONSHIPS AND CRIMINAL DESISTANCE: PATHWAYS AND PROCESSE	<u>Wyse JJ</u> , <u>Harding DJ</u> , <u>Morenoff JD</u>	Estudar relação amorosa e reabilitação social.
5.	“I KNOW IF I DRINK I WON’T FEEL ANYTHING”: SUBSTANCE USE RELAPSE AMONG DEPRESSED WOMEN LEAVI G PRISON	<u>Johnson JE</u> , <u>Schonbrun YC</u> , <u>Nargiso JE</u> , <u>Kuo de CC</u> , <u>Shefner RT</u> , <u>Williams CA</u> , <u>Zlotnick C</u>	Estudar eficácia clínica de programa de atendimento psicológico para usuárias de drogas.
6.	EMOTIONAL DYSREGULATIO N AND RISKY SEX AMONG INCARCERATED WOMEN WIT H A HISTORY OF INTERPERSONAL VIOLENCE	<u>Kuo C</u> , <u>Johnson J</u> , <u>Rosen RK</u> , <u>Wechsberg W</u> , <u>Gobin RL</u> , <u>Reddy MK</u> , <u>Peabody M</u> , <u>Zlotnick C</u>	Estudar a relação entre desequilíbrio emocional, violência e comportamento sexual de risco.

7.	HISTORIES OF CHILDHOOD VICTIMIZATION AND SUBSEQUENT MENTAL HEALTH PROBLEMS, SUBSTANCE USE, AND SEXUAL VICTIMIZATION FOR A SAMPLE OF INCARCERATED WOMEN IN THE US	<u>Tripodi SJ, Pettus Davis C</u>	Estudar relação entre maus tratos na infância e doença mental, abuso de drogas e vitimização sexual na vida adulta.
8.	PAIN CHARACTERISTICS AND PAIN CATASTROPHIZING IN INCARCERATED WOMEN WITH CHRONIC PAIN	<u>Darnall BD, Sazie E</u>	Estudar relação entre dor crônica e vida emocional.
9.	CHILD MALTREATMENT HISTORIES AMONG FEMALE INMATES REPORTING INMATE ON INMATE SEXUAL VICTIMIZATION IN PRISON: THE MEDIATING ROLE OF EMOTION DYSREGULATION	<u>Walsh K, Gonsálves VM, Scalora MJ, King S, Hardyman PL</u>	Estudar a correlação entre maus tratos na infância e vitimização de abuso sexual na prisão.
10.	GRIEF INTERRUPTED: THE EXPERIENCE OF LOSS AMONG INCARCERATED WOMEN	<u>Harner HM, Hentz PM, Evangelista MC</u>	Estudar reações de perdas e luto durante detenção.
11.	Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de	Gigliola Marcos Bernardo de Lima	Estudar os significados do enfrentamento com ênfase na resiliência

André de Faria
encarceramento e
Pereira Neto, Paulo
estratégias

de Duarte de Carvalho
enfrentamento.

Ama

rant

e,

Mari

a

Djai

Dias e Maria de Oliveira

Ferr

eira

Filh

a

A seguir, descrevemos procedimentos de coleta, resultados e referenciais teóricos dos artigos encontrados.

Quadro 04.

	Procedimento de Coleta	Resultados	Referencial Teórico
1.	Questionário e Programa de Atendimento Psicológico	O programa se revelou eficaz.	Positivista
2.	Entrevistas	O programa se revelou eficaz.	Positivista
3.	Questionário	As mulheres atribuem uso de drogas a companhias e a problemas emocionais.	Positivista
4.	Entrevistas	A relação entre relacionamento romântico e reabilitação pode se apresentar sob variadas combinações.	Positivista
5.	Programa de Atendimento Psicológico (TCC)	O programa é eficaz.	Positivista
6.	Grupos Focais	Participantes com histórico de violência tendem a apresentar comportamento de risco sexual e a contrair DSTs.	Positivista
7.	Entrevistas	Histórico de abuso físico, psicológico ou sexual contribui para	Positivista

		doença mental, abuso de substâncias vitimização sexual adulta.	
8.	Inventário e Escala	Ansiedade e depressão se associam a dores físicas.	Positivista
9.	Questionários e Escala	Histórico de maus tratos na infância se associa a vitimização sexual na prisão.	Positivista
10.	Entrevista	Perdas e luto não são vividos de modo saudável na prisão.	Fenomenológico
11.	Entrevista	A prisão significa sofrimento e risco de loucura. As estratégias são a a fé, o amor aos filhos, o trabalho, a música e a espera pela liberdade.	Abordagem qualitativa/História Oral

A seguir, descrevemos os tipos de objetivo que aparecem nos artigos selecionados em ambas as bases.

Quadro 05.

Tipos de Objetivo	Número de Artigos
Eficácia de programas de atendimento psicológico	3
Reabilitação	1
Experiência na Prisão	2

Problemas específicos	5

As pesquisas empíricas que focalizam problemas específicos versam sobre os seguintes temas: uso de drogas, sexualidade e maus tratos na infância.

A seguir, exibimos em quadro os tipos procedimentos de coleta de material de pesquisa utilizados:

Quadro 06.

Procedimento de Coleta	Número de Artigos
Entrevistas	5
Questionários	3
Escalas	2
Inventários	1
Grupos Focais	1
Programas de Atendimento	2

Percebemos também, se retomarmos o quadro 4, o franco predomínio do positivismo como referencial teórico, muitas vezes combinado com a visão cognitivo-comportamental. Vale também lembrar que o positivismo, enquanto paradigma epistemológico (Guba e Lincoln, 1994), muitas vezes fundamenta os estudos qualitativos que fazem uso de análise de conteúdo. Apenas duas pesquisas deixam de seguir essa tendência geral: um estudo fenomenológico e um estudo qualitativo.

Evidentemente, os resultados obtidos deveriam se conformar aos objetivos propostos. Contudo, é importante relatar que nos deparamos com algumas

imprecisões e incoerências, na medida em que estudos sobre a eficácia de programas de atendimento muitas vezes apresentavam resultados relativos a questões específicas, que não tinham sido apresentadas como objetivos, numa evidente falta de coerência estrutural. Por exemplo, um estudo que se propunha verificar a eficácia clínica de um programa apresentou, como resultado, percepções das presidiárias sobre suas motivações para tal comportamento.

De todo o modo, os resultados não deixam de apresentar um quadro geral interessante, no qual se mesclam preocupação com a reabilitação social e preocupação em cuidar de sua saúde emocional, bem como com consequências do encarceramento em si. Assim, o próprio confinamento prisional chega a ser reconhecido como fonte de sofrimento emocional, que se apresenta sob forma de estresse, ansiedade ou depressão.

A preocupação específica com a saúde emocional também se traduz pela proposição de programas de tratamento segundo uma visão cognitivo- comportamental, que se voltam para a busca de alívio para ansiedade e depressão ou para modificação de comportamento, seja na linha da sexualidade, seja na linha do consumo de drogas.

Coerentemente com a visão cognitivo-comportamental, são realizadas investigações sobre percepções e opiniões conscientes das mulheres sobre seus próprios comportamentos problemáticos ou sobre a prisão. Por outro lado, também parece marcante a preocupação em vincular problemas passados, eventualmente infantis, com as dificuldades psicológicas e relacionais da vida adulta. Há uma clara ênfase sobre a vinculação entre o sofrimento de maus tratos ou abuso sexual durante a infância e o uso de drogas, os comportamentos sexuais de risco e as práticas delituosas.

Desde a perspectiva teórica que adotamos, que se norteia, epistemologicamente, segundo o paradigma epistemológico crítico (Guba e Lincoln, 1994), conjugando uma valorização da vida intersubjetiva com o reconhecimento de que os contextos sociais podem ser conhecidos objetivamente, cabe afirmar que o conjunto dos artigos traz pouco conhecimento relevante. Tal juízo pode ser emitido na medida em que correspondem a pesquisas que operam recortes que tendem a um reducionismo

psicológico, que escamoteia a produção social da delinquência a partir de desigualdades sociais, próprias do sistema capitalista. Se os pesquisadores chegam até a infância maltratada das infratoras, não se indagam acerca dos contextos socioeconômicos nos quais grassam comportamentos familiares violentos. Na verdade, compõem um quadro de vitimização da mulher encarcerada, mas de atribuição sutil de culpa aos seus pais e familiares, que se caracterizariam por uma espécie de maldade inexplicável ao invés de serem vistos, também eles, como vítimas de uma ordem social injusta, que promove desamparo, humilhação e desesperança.

Outra é a nossa visão, uma vez que nos fundamentamos na psicologia concreta e no estilo clínico “Ser e Fazer” (Aiello-Vaisberg, 2006; Ambrosio, Aiello-Fernandes e Aiello-Vaisberg, 2012; Ambrosio, Aiello-Fernandes e Aiello-Vaisberg, 2013), que tanto valorizam os campos vinculares, nos quais se dão as interações afetivo-emocionais entre as pessoas, como os contextos sociais, econômicos, culturais, históricos e geopolíticos, nos quais se inserem os campos. Assim, voltamo-nos ao estudo da experiência emocional sofrida de mulheres na prisão, entendendo que suas histórias de vida derivam tanto daquilo que vivenciaram no ambiente familiar infantil como daquilo que vivenciam, em seu cotidiano como adultas, desde a condição de mulheres pobres, frequentemente afro descendentes, habitantes de um país periférico que é uma ex-colônia européia.

Referências Bibliográficas

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006). O ser o fazer na clínica ampliada e a radicalidade psicopatológica do pensamento de D. W. Winnicott. In: D. Calderoni. (Org.), *Psicopatologia: Clínicas de hoje*. (pp. 110-120). São Paulo: Via Lettera.

Aiello-Fernandes, R., Ambrosio, F. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2012). O método psicanalítico como abordagem qualitativa: considerações preliminares. *Anais da X Jornada Apoiar: o laboratório de saúde mental de psicologia clínica social-20 anos—o percurso e o futuro*, 306-314.

Ambrosio, F. F., Aiello-Fernandes, & Aiello-Vaisberg, T. M. J., (2013). Pesquisando sofrimentos sociais com o método psicanalítico: considerações conceituais. In Anais da XI Jornada Apoiar: Adolescência: Identidade e Sofrimento na Clínica Social. (p. 174-188). São Paulo. SP.

Darnall, B. D., & Sazie, E. (2012). Pain characteristics and pain catastrophizing in incarcerated women with chronic pain. *Journal of health care for the poor and underserved*, 23(2), 543.

Ferszt, G. G., Miller, R. J., Hickey, J. E., Maull, F., & Crisp, K. (2015). The impact of a mindfulness based program on perceived stress, anxiety, depression and sleep of incarcerated women. *International journal of environmental research and public health*, 12(9), 11594-11607.

Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. *Handbook of qualitative research*, 2(163-194), 105.

Harner, H. M., Hentz, P. M., & Evangelista, M. C. (2010). Grief interrupted: The experience of loss among incarcerated women. *Qualitative health research*.

Johnson, E.; J., Chatav Schonbrun, Y., E. Nargiso, J., C. Kuo, C., T. Shefner, R., A. Williams, C., & Zlotnick, C. (2013). "I know if I drink I won't feel anything": substance use relapse among depressed women leaving prison. *International journal of prisoner health*, 9(4), 169-186.

Kuo, C., Johnson, J., Rosen, R. K., Wechsberg, W., Gobin, R. L., Reddy, M. K., & Zlotnick, C. (2014). Emotional dysregulation and risky sex among incarcerated women with a history of interpersonal violence. *Women & health*, 54(8), 796-815.

Lima, Gigliola Marcos Bernardo de, Pereira Neto, André de Faria, Amarante, Paulo Duarte de Carvalho, Dias, Maria Djair, & Ferreira Filha, Maria de Oliveira. (2013). Mulheres no cárcere: significados e práticas cotidianas de enfrentamento com ênfase na resiliência. *Saúde em Debate*, 37(98), 446-456.

Mejía, B., Zea, P., Romero, M., & Saldívar, G. (2015). Traumatic experiences and re-victimization of female inmates undergoing treatment for substance abuse. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 10(1), 1.

Raeisei, A., Sarani, H., Arbabisarjou, A., & Mojahed, A. (2015). The Most Common Reasons and Incentives of Tendency to Addiction in Prisons and Rehabilitation Centres of Zahedan (Iran). *Global Journal of Health Science*, 7(4), 329–334. <http://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p329>

Tripodi, S. J., & Pettus-Davis, C. (2013). Histories of childhood victimization and subsequent mental health problems, substance use, and sexual victimization for a sample of incarcerated women in the US. *International journal of law and psychiatry*, 36(1), 30-40.

Walsh, K., Gonsalves, V. M., Scalora, M. J., King, S., & Hardyman, P. L. (2012). Child Maltreatment Histories Among Female Inmates Reporting Inmate on Inmate Sexual Victimization in Prison The Mediating Role of Emotion Dysregulation. *Journal of interpersonal violence*, 27(3), 492-512.

Wyse, J. J., Harding, D. J., & Morenoff, J. D. (2014). Romantic Relationships and Criminal Desistance: Pathways and Processes. In *Sociological Forum* (Vol. 29, No. 2, pp. 365-385).

O IMAGINÁRIO COLETIVO SOBRE O SOFRIMENTO DA MENINA ADOLESCENTE NO FILME “BRUNA SURFISTINHA”

Natália Del Ponte de Assis

Camila Vassallo de Melo

Gabriela Camilo de Oliveira

Helena Ganzarolli Carlos

Isabela Nardim

Laura Couto Pupo Nogueira

Pedro Henrique Antonelli Corsetti

Tânia Aiello-Vaisberg

Resumo: Fundamentado na psicologia concreta, o presente estudo tem como objetivo investigar o imaginário coletivo sobre o sofrimento da menina adolescente, justificado pelo fato de que a articulação entre os sofrimentos derivados da adolescência e das relações de gênero podem provocar sentimentos negativos, como desamparo, humilhação e injustiça. Configura-se metodologicamente como estudo psicanalítico de uma produção cinematográfica recente, intitulada "Bruna Surfistinha", selecionada por tematizar manifestamente o drama de vida de uma adolescente. Sucessivas exposições ao filme permitiram a elaboração de textos de impactos transferenciais, que foram utilizados na produção interpretativa de três campos de sentido afetivo-emocional ou inconscientes relativos: “Família indiferente”, “Feia, mas gostosinha” e “Tempestade em copo d’água”. O quadro geral de análise indica uma vinculação imaginária entre falta de amor dos pais e condutas problemáticas, bem como uma desvalorização de sofrimentos julgados coletivamente como exagerados e pueris.

Palavras-chave: adolescência; relações de gênero; imaginário coletivo; sofrimento humano.

Adolescência Feminina e Drama

Partimos da defesa de que o sofrimento humano está sempre atrelado ao contexto social no qual está inserido, seja ele de cunho político, histórico ou cultural, além de considerarmos também social todo e qualquer sofrimento (Renault, 2008), com fundamentação na perspectiva da psicologia concreta (Poltzer, 1928; Bleger, 1963). Deste modo, buscamos compreender sofrimentos sociais expressos em diferentes contextos capazes de provocar sentimentos negativos de desamparo, humilhação e injustiça, e recusamos abstrações metapsicológicas que se distanciam do acontecer inter-humano, o que dificultaria a compreensão da concretude do sofrimento.

Reconhecemos que a adolescência é uma produção social que depende de condições estabelecidas e de variáveis concretas de seu viver, o que vai contra teorias de inspiração biológica que tendem a um pensamento genérico que atribui as mesmas configurações emocionais a todos os adolescentes, indistintamente.

Vários estudos qualitativos, baseados no método psicanalítico, detectaram imaginários preconceituosos e pouco esperançosos em relação aos adolescentes (Camps, 2003); (Aiello-Vaisberg, 2005); (Barreto, 2006); (Cabreira et al., 2007a); (Cabreira et al., 2007b); (Minhoto, Ambrósio e Aiello-Vaisberg, 2006); (Mencarelli, Bastidas e Aiello-Vaisberg, 2008); (Tachibana e Aiello-Vaisberg, 2015); (Montezi et al., 2011); (Pontes, 2011); (Montezi et al., 2013); (Botelho-Borges, Barcelos e Aiello-Vaisberg, 2013) e (Assis, 2014). Tais achados nos impulsionam a seguir investigando problemáticas relacionadas à adolescência, objetivando seu aprofundamento. Por outro lado, também motivam estudos que proponham e avaliem a potencialidade mutativa de enquadres clínicos diferenciados que visem aliviar o sofrimento psicológico dessa população específica (Camps, 2003; Camps, 2009; Camps, Barcelos & Aiello-Vaisberg, 2014; Mencarelli, 2010; Rodrigues, 2016). Ressaltamos ainda que as mulheres estão sujeitas a situações de opressão em diferentes classes sociais, e que as relações de gênero, inclusive, compõem contextos de violência contra a mulher (Corbett, 2014), que podem estar relacionadas comumente ao desamparo e a sofrimentos relacionados à maternidade,

por exemplo, (Badinter, 2010; Granato & Aiello-Vaisberg, 2009; Granato & Aiello-Vaisberg, 2012), entre outros.

Considerando o exposto, vale enfatizar que não se trata de buscar “culpados” ou “vítimas”, mas sim ampliar a compreensão acerca das múltiplas formas de opressão – explícitas e implícitas – que podem ocasionar danos físicos e emocionais em indivíduos e grupos sociais.

Os indícios de que adolescentes e mulheres são vítimas de sofrimentos sociais nos levam a propor o seguinte problema de pesquisa: O que acontece quando essas duas condições se articulam? Quais são os dramas vividos pela menina adolescente dos dias de hoje?

A consulta à literatura científica em busca de estudos que abordam, de modo direto ou indireto, a menina adolescente, nos revela predominantemente o tema da gravidez/maternidade na adolescência (Silva & Salomão, 2003; Pacheco Sánchez, 2015), mitos e tabus relacionados à sexualidade (Baccarat de Godoy Martins, De Almeida, Alencastro, Fonseca De Matos & Pires Salomé De Souza, 2012), formas de violência e abuso (Antoni & Koller, 2001; Cantelmo, Cavalcanti & Costa, 2011; Souza, Silva & Faro, 2015; Zequinão, Medeiros, Pereira & Cardoso, 2016), e pesquisas sobre o empoderamento da mulher, destacando as dificuldades e possibilidades relacionadas ao feminino (Alvez, 2016; Pisani, 2016).

A partir da definição do problema de pesquisa em pauta, estabelecemos, como objetivo investigativo, o estudo do imaginário coletivo sobre o sofrimento de figuras humanas, especificamente da menina adolescente, considerando relevante ampliar a reflexão sobre o assunto de modo a contribuir com medidas psicoprofiláticas que visem aliviar o sofrimento de meninas em fase de transição para a idade adulta.

Embora haja diferentes desenhos metodológicos disponíveis para atender tal objetivo (entrevistas de individuais ou coletivas; estudo de materiais como notícias da mídia ou manifestações virtuais), optamos, contudo, pela abordagem de produções culturais (peças de teatro, letras de música popular ou obras literárias), debruçando-nos em análise sobre uma produção cinematográfica brasileira, o filme

“Bruna Surfistinha” (2011), com direção de Marcus Baldini. Além dos critérios que apresentaremos a seguir, a escolha atende os objetivos desta pesquisa por tematizar de modo manifesto a questão do sofrimento da adolescente.

Fundamentos e Procedimentos Metodológicos

Esta pesquisa foi, portanto, organizada por meio dos procedimentos investigativos de seleção e interpretação de material cultural, a partir dos seguintes critérios: a) produção cinematográfica brasileira de longa-metragem; b) material livremente disponibilizado na web; c) produção cultural recentemente apresentada ao público; d) tema manifesto sobre a condição de sofrimento de uma adolescente.

Assim, selecionamos para análise o filme “Bruna Surfistinha”, que embora seja uma adaptação do livro “O Doce Veneno do Escorpião: O Diário de uma Garota de Programa”, de Raquel Pacheco, esta pesquisa limita-se ao estudo do imaginário expresso especificamente na produção cinematográfica.

O enredo conta a história da adolescente Raquel (Deborah Secco), adotada por uma família de classe média pela qual não se sente acolhida (ainda que a mãe se preocupe com ela, não se manifesta de modo carinhoso; o pai apresenta-se como alguém distante e frio; e os atritos com o irmão, que a humilha, são constantes), um ambiente enfim vivenciado como não afetivo. Além disso, ela sofre *bullying* no colégio tradicional da cidade de São Paulo onde estuda e passa a se considerar uma menina feia.

Infeliz no ambiente familiar e sofrendo *bullying* escolar, a adolescente decide sair de casa em busca de liberdade. A dependência financeira parecia ser um fator de grande desconforto para a personagem, o que não condiz com o costume estabelecido culturalmente entre a classe média, no qual o sustento dos filhos vai até o término do ensino superior, com eventual ajuda financeira após esse período. Para se realizar, adota o pseudônimo “Bruna Surfistinha” e torna-se garota de programa, atingindo a fama quando decide escrever sobre suas experiências sexuais e afetivas em um *blog*. No entanto, a busca desenfreada para ganhar cada vez mais

dinheiro e reconhecimento leva-a ao vício em drogas; ao ultrapassar seus limites físicos e emocionais, decide, por fim, cessar os “programas” e virar escritora.

No que diz respeito ao procedimento investigativo de interpretação do material, cabe lembrar que desde a perspectiva da psicologia concreta, a interpretação psicanalítica não coincide com a ideia de vir a conhecer motivações inconscientes individuais que emanariam de uma instância intrapsíquica; trata-se, outrossim, de inaugurar um processo para acessar campos relacionais, conhecidos como campos de sentido afetivo-emocional ⁵⁰, a partir dos quais emergem as condutas do indivíduo.

Ao trabalhar com material cultural, optamos por encaminhar o processo interpretativo por meio da elaboração de textos de impactos transferenciais, nos quais podem-se expressar emoções, sentimentos, pensamentos e impressões, a partir da atenção flutuante e associação livre de ideias (Laplanche & Pontalis, 1967), seguindo então as etapas didáticas recomendadas por Herrmann (1979): “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar a configuração do sentido afetivo-emocional emergente”.

Campos de Sentido Afetivo-Emocional

A observância do método psicanalítico na abordagem do filme selecionado permitiu a produção interpretativa de três campos de sentido afetivo-emocional:

⁵⁰ Recomendamos os seguintes artigos ao leitor interessado em conhecer trabalhos que se articulam ao redor do conceito de campo de sentido afetivo-emocional: Tachibana, M.; Montezi, A. V.; Barcelos, T.F.; Sirota, A.; Aiello-Vaisberg, T.M.J.(2015); Tachibana, M.; Ambrosio, F.F.; Beaune, D. Aiello-Vaisberg, T.M.J.(2014); Corbett, E., Ambrosio, F.F., Gallo-Belluzzo, S.R. e Aiello-Vaisberg, T.M.J (2014); Simões, C. H. D.; Ferreira-Teixeira, M. C.; Aiello-Vaisberg, T.M.J.(2014); Fialho, A.; Montezi, A. e Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2014); Ambrosio, F.F.; Aiello-Vaisberg, T.M.J.(2014); Camps, C. I. C. M.; Barcelos, T.F.; Aiello-Vaisberg, T.M.J.(2014); Gallo-Belluzzo, S.R., Corbett, E.; Aiello-Vaisberg, T.M.J (2013); Granato, T.M.M. Aiello-Vaisberg, T.M.J.(2013); Montezi, A.V.; Barcelos, T.F.; Ambrosio, F.F.; Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013); Fialho, A. A.; Fernandes, R.A.; Montezi, A. V. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2012); Montezi, A. V.; Zia, K. P.; Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2011); Martins, P.C.R.; Aiello-Vaisberg, T.M.J.(2010); Pontes, M. S.L.S., Barcelos, T.F., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010); Russo, R.C., Couto, T. H. A. M. e Aiello-Vaisberg, T.M.J.(2009); Martins, P. C. R., & Vaisberg, T. M. J. A. (2009); Arós, A. C. S. P. C. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009); Pontes, M.L.S.; Cabreira, J.C.; Ferreira, M.C. E Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008); Ávila, C. F.; Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008); Bareto, M. A. & Aiello-Vaisberg, T.M.J.(2007); e Barreto, M.A.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J.(2007).

1 “Família Indiferente”

Organizado segundo a crença de que familiares e pessoas próximas não sentem afeto e carinho pela adolescente.

2 “Feia, mas gostosinha”

Organizado segundo a crença de que atributos sexuais mobilizam o interesse das pessoas tirando-as de sua indiferença afetiva.

3 “Tempestade em copo d’água”

Organizado segundo a crença de que a adolescente exagera seu sofrimento emocional.

Interlocuções Reflexivas

O primeiro campo de sentido-emocional criado, “Família Indiferente”, subjaz a condutas que correspondem a sentimentos de abandono, solidão e desvalorização pessoal da menina adolescente, que acompanhariam vivências de tratamento com indiferença afetiva pelos familiares e conhecidos, como os colegas que frequentam a mesma escola.

Para compreender este campo, deve-se considerar as relações familiares definidas pela mãe biológica que não assumira a protagonista como filha, o que, face ao imaginário coletivo prevalente, que idealiza a maternidade sem considerar as condições concretas de seu exercício, pode ser interpretado como abandono emocional da criança. Já a mãe adotiva, embora visivelmente preocupada, não seria, por estilo pessoal, dada a manifestações afetuosas. O pai é apresentado com contornos de distância afetiva e de falta de compreensão; e o irmão comporta-se de modo verbalmente agressivo, insultando-a constantemente. Na escola, não tinha amigos e sofria *bullying*, e os garotos se aproximavam dela apenas com interesses sexuais. Em suma, as sucessivas experiências de rejeição parecem compor um cenário de intenso sofrimento durante o período da adolescência, o que permite estabelecer uma conexão com o conceito de ambiente suficientemente bom de

Winnicott (1963/1983) e aventar que diversas falhas ambientais ocorreram ao longo de sua vida.

O sentido do conceito de falha ambiental surge a partir da constatação de que os problemas psicopatológicos mais regredidos, que a psiquiatria e a própria psicanálise tendiam a considerar frutos de condições endógenas, estariam ligados a modos insatisfatórios de acolhimento dos recém-nascidos. Nessa linha, as psicoses desorganizadoras, no contexto das quais emergem sofrimentos radicais como a despersonalização, corresponderiam a falhas no processo de amadurecimento, por meio do qual o bebê vem a se constituir como um *self* psicossomático unitário (Winnicott, 1945/1982; Arós & Aiello-Vaisberg, 2009). Contudo, para alguns estudiosos da obra winnicottiana, como Dias (2003), o ambiente, falho ou suficientemente bom, só seria verdadeiramente importante no início da vida, nos estágios de dependência absoluta e relativa da figura materna, seguindo, assim, o que pontuou Winnicott (1963/1983) quando afirmou que o ambiente perderia importância nas fases posteriores do amadurecimento, período de interesse da teorização freudiana, de caráter estrutural-pulsional (Greenberg & Mitchell, 1994).

Consideramos que a ideia de reivindicar a importância do ambiente apenas para o bebê e a criança pequena afina-se com os mitos do homem isolado, do homem natural e do homem abstrato, propostos por Bleger (1963), um conjunto de equívocos interligados que obscurecem o entendimento do humano como fenômeno concreto. Como bem apontou Politzer (1928), a metapsicologia freudiana corresponde a uma formulação abstrata, de modo que um retorno a explicações pulsionais, ao lidar com crianças maiores, consistiria em formulações abstratas, teoricamente não sustentáveis. Por outro lado, o reconhecimento da importância do ambiente, garante o abandono do terreno metapsicológico, na medida em que aponta para a dimensão relacional do viver humano, não significando o alcance de um pensamento concreto, que exige que o relacional seja compreendido como inseparável das condições sociais, econômicas, culturais, históricas e geopolíticas ao superar as perspectivas antropológicas propostas por Bleger (1963). Quando o relacional se limita a uma concepção de família como fenômeno isolado, abstrato e natural, ainda que a pensemos como entidade que possa ser afetada pelas condições sociais, mantemo-nos aquém de uma visão concreta. Se o conceito de

falha ambiental não é explorado a partir da perspectiva da psicologia concreta, resta uma luz judicativa, indicando que a mãe, o pai e outros membros da família possam ter falhado por não terem se esforçado suficientemente para acertar ou por apresentarem caráter pouco afetivo. Mas, se cultivamos uma visão concreta, que faz jus à complexidade dos fenômenos, concordamos com Bleger (1963) quando afirma que toda conduta é a melhor possível para uma dada personalidade, individual ou coletiva, levando em conta tanto os campos vinculares como os contextos socioculturais de sua emergência. Admitir que o que ocorre é o melhor não implica, de modo algum, na adoção de complacência diante dos problemas humanos, e sim no reconhecimento de sua alta complexidade, que previne contra posicionamentos ingênuos que apostem em soluções simplistas. Assim, concretamente pensado, o conceito de falha ambiental adquire uma importância que ultrapassa evidentemente o que certos referenciais teóricos da psicologia parecem supor ao considerar que com o mínimo esforço as interações poderiam ter mais qualidade emocional.

Ainda segundo Winnicott (1963/1983), quando o bebê é acolhido de forma suficientemente boa, o ambiente cumpre sua função, de modo a evitar falhas que podem comprometer o desenvolvimento infantil e causar sofrimento. Segundo o autor, o ambiente suficientemente bom⁵¹ estaria configurado quando a sensibilidade da mãe consegue adequar-se constantemente às necessidades do recém-nascido, ainda imaturo e incapaz de se aperceber e de comunicar suas necessidades. O adulto ofereceria assim verdadeiro *holding* para permitir ao bebê a vivência da sensação de segurança e escapar de angústias extremas, denominadas agonias impensáveis, importantes não apenas pelo sofrimento que causariam, mas também por acarretar prejuízos graves no processo de desenvolvimento (Winnicott, 1974/2005).

Ainda que a personagem do filme não seja um bebê nem uma paciente tratada num *setting* terapêutico, é comum necessitar de amparo, sensibilidade e acolhimento familiar e social para favorecer a vivência de um *self* paradoxalmente separado e conectado aos demais. Somos seres sociais e gregários, e não indivíduos isolados,

⁵¹ A ideia do ambiente suficientemente bom, inicialmente tomada para explicar o requerido para o desenvolvimento satisfatório do bebê e da criança, foi posteriormente ampliada e é hoje usada, por autores e profissionais que adotam o pensamento winnicottiano, como referência para pensar a própria prática psicoterapêutica.

portanto, precisamos de cuidados respeitosos e relacionamentos saudáveis para nos desenvolvermos emocionalmente. Assim, defendemos que o conceito de ambiente suficientemente bom pode ser invocado na compreensão do caso no campo “Família indiferente”, que indica uma experiência emocional de falta de amor, o que não deve gerar a suposição de que os pais seriam pessoas indiferentes e que tudo se resolveria caso fossem mais ternos e amorosos, porque isso nos afastaria de considerações mais lúcidas sobre o que se passa no âmbito das relações familiares e na sociedade por extensão.

Interessante notar que, vivenciando-se como afetivamente rejeitada pela família, a personagem parece fantasiar que só poderia vir a ser aceita e reconhecida a partir do desejo que seus atributos físicos provocariam. Chegamos, assim, ao campo “Feia mas gostosinha”, que pode indicar a busca de solução para a dor de não se sentir amada. Deste modo, a menina real, insegura e solitária, recobriria-se por uma personagem sexy, segura e bem-sucedida, “Bruna Surfistinha”. Claro que se trata de uma fantasia insustentável na medida em que a “mulher-objeto” depende do desejo do outro, sem o qual deixa de existir. Deste modo, a questão existencial permanece inalterada: a menina segue vivenciando uma dependência que não seria acolhida pelo ambiente.

Esses achados são convergentes com o recente estudo psicanalítico sobre o filme brasileiro “A Mulher Invisível” (Assis et al., 2015), com o objetivo de investigar o imaginário coletivo sobre relações amorosas contemporâneas, indicando facetas machistas, no qual a mulher é concebida como um objeto destinado à satisfação do homem. De acordo com o pensamento winnicottiano, a prostituição da jovem, tal como está ilustrada no filme, certamente não parece ser um modo saudável de vivenciar a sexualidade, que, como qualquer outro aspecto da vida humana, precisa ser autêntico, ou seja, para que o encontro erótico seja vivido com presença, não poderá se dar de forma submissa, mas espontânea (Machado & Aiello-Vaisberg, 2009). A partir do momento em que a mulher precisa se limitar ao desejo de terceiros, as experiências são vividas de forma dissociada e defendida.

O campo intitulado “Tempestade em copo d’água” pode ser considerado, à primeira vista, substrato afetivo-emocional de condutas carinhosas e apaziguadoras,

que corresponderiam à tentativa de adultos, que conhecem problemas mais complexos de vida, de consolar e acalmar adolescentes no enfrentamento de suas questões. Entretanto, articula-se ao redor de núcleo um tanto duvidoso, pois a vida adulta também apresenta dificuldades, ou seja, se uma vivência dolorosa vai ser sentida como destituída de importância, isso quer dizer que o futuro reserva dores maiores ou que os anos acrescentam a capacidade de suportar sofrimento. Por outro lado, pode, simultaneamente, expressar uma crítica à capacidade do adolescente de avaliar emocionalmente os acontecimentos de sua própria vida, numa linha de desconsideração dos sentimentos, percepções e julgamento das jovens.

Cabe lembrar do estudo de Benincasa e Rezende (2006), no qual buscou-se encontrar os fatores de risco e proteção associados ao suicídio e suas tentativas em adolescentes do sexo feminino. Utilizando grupos focais para coletar e analisar os dados, apontaram que as brigas dos pais, sentimentos de solidão e traição de amigos e namorado(a) provocam tristeza que, segundo as participantes, seria a principal causa para o suicídio. Por outro lado, conversar com alguém confiável foi considerado o principal fator de proteção, o que evidencia a necessidade de mais espaços de escuta e programas de proteção voltados ao público adolescente. Assim, consideramos que as brigas dos pais são frequentemente consequências dos dramas que vivenciam e que pode ser sentido pelas jovens como indícios de que o seu lar poderá se desmanchar, podendo despertar sentimentos de insegurança nos filhos, adotivos ou não. As traições de amigos e rompimentos amorosos também podem ser insuportáveis, pois, muitas vezes, encontramos meninas com visões muito autocentradas que não conseguem alcançar a noção de um outro que está “fora de si” e tem vontade própria dissonante da dela. Vale ressaltar, contudo, que os vínculos são complexos e que as necessidades emocionais, principalmente quando imaturas, o que é comum, pode impedir uma visão mais lúcida dos encontros e desencontros entre as pessoas.

Consideramos, por fim, apesar dos limites apresentados por este estudo, que o sofrimento e o drama da menina adolescente, que inclui a família e a sociedade como um todo, merece ser melhor compreendido a fim de que se evitem situações de desrespeito, humilhação e sofrimento, não se tratando, portanto, de buscar

“culpados” e “vítimas”, mas de conhecer formas de sofrimento e refletir sobre elas, contribuindo com a ampliação do conhecimento sobre esse fenômeno.

Referências Bibliográficas

Aiello-Fernandes, R. (2013). *Da entrada de serviço ao elevador social*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2005). Os monstros, o método e o estabelecimento da capacidade ética. In: T. M. J. Aiello-Vaisberg & F. F. Ambrósio (Orgs.), *Cadernos Ser e Fazer: reflexões éticas na clínica contemporânea*. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, 09-26.

Alves, J. E. D. (2016). Desafios da equidade de gênero no século XXI. *Revista Estudos Feministas*, 24(2), 629-638. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n2p629>>.

Antoni, C. D., & Koller, S. H.. (2001). O psicólogo ecológico no contexto institucional: uma experiência com meninas vítimas de violência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(1), 14-29. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000100003>>.

Arós, A. C. S. P. C. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2009). Clube da Luta: sofrimentos radicais e sociedade contemporânea. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(2), 3-16. Acesso em: 21 jul. 2015. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872009000200002&lng=pt&tlng=pt>.

Assis, N. D. P. (2014). *Problemáticos ou Invisíveis: O imaginário coletivo de idosos sobre adolescentes*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Assis, N. D. P.; Carrilho, C.; Ferreira, D. V.; Erbolato, G.; Donato, J. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2015). “Mulher Inexistente”: O imaginário coletivo sobre a mulher nas

relações amorosas dos dias atuais. 13 Jornada APOIAR "Cuidado e Prevenção em Saúde Mental: Propostas e Pesquisas". São Paulo: Biblioteca Dante Moreira Leite do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. v(1), 322-334.

Ávila, C. F.; Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008). Qual é o lugar do aluno com deficiência? *Paidéia*, 18 (39), 155-164. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2008000100014>>.

Baccarat de Godoy Martins, C. , De Almeida, F. M., Alencastro, L. C., Fonseca De Matos, K. & Pires Salomé De Souza, S. (2012). Sexualidade na adolescência: mitos e tabus. *Ciencia y enfermería*, 18(3), 25-37. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300004>>.

Baldini, M. (2011) *Bruna Surfistinha*: Imagem Filmes, TVZero.

Barreto, M.A.M. (2006). *Do vôo preciso*: considerando o imaginário coletivo de adolescentes. 196 f. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Barreto, M. A. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007). Escolha profissional e dramática do viver adolescente. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, 19(1), 107-114. Acesso em: 21 jul. 2015, Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000100015>>.

Barreto, M.A.M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J.. O tornar-se adulto no imaginário coletivo de adolescentes interioranos. *Psicologia em Revista* 16 (2), 310-329, 2007.

Benincasa, M. & Rezende, M. M. (2006). Tristeza e suicídio entre adolescentes: fatores de risco e proteção. *Boletim de Psicologia*, 56(124), 93-110. Acesso em: 18 abr. 2016. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432006000100007&lng=pt&tlng=>.

Bleger, J. (2003) *Temas de Psicologia*. Entrevistas e Grupos. (Rita Maria de Moraes, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Obra original publicada 1979).

Botelho-Borges, A. A.; Barcelos, T. F. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013). Leal a si mesmo: um diálogo com o filme “Meu tio matou um cara”. *XI Jornada Apoiar Adolescência: Identidade e Sofrimento na Clínica Social*. São Paulo: Biblioteca Dante Moreira Leite do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. v(1), 104-113.

Cabreira, J.C.; Pontes. M.L.S.; Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007a). O imaginário coletivo de adolescentes sobre a adolescência no mundo atual. *I Jornada de Psicanálise e Fenomenologia, na Pontifícia Universidade Católica de Campinas*. Acesso em: 26 abr. 2013. Disponível em: <<http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2012/10/Texto-I-Jornada-Psicanalise-e-Fenomenologia.pdf>>.

Cabreira, J.C.; Pontes. M.L.S.; Tachibana, M. & Aiello- Vaisberg, T.M.J. (2007b). Ódio e discriminação contra “emos”: um estudo sobre o imaginário coletivo de adolescentes. *Jornada sobre a criança e o adolescente*. São Paulo: Universidade de São Paulo. Acesso em: 27 set. 2013. Disponível em: <<http://serefazer.psc.br/wp-content/uploads/2012/10/Texto-Simposio-NPCR.pdf>>.

Camps, C.I.C. de M. (2003). *A hora do beijo: teatro espontâneo com adolescentes numa perspectiva winnicottiana*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Camps, C. I. C. M. (2009). *Ser e fazer na escolha profissional: atendimento diferenciado na clínica winnicottiana*. Dissertação de Doutorado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Camps, C. I. C. D. M., Barcelos, T. F., & Aiello-Vaisberg, T. M. J. A. (2014). Atendimento ser e fazer e escolha profissional: estudo sobre eficácia clínica. *Boletim de Psicologia*, 64(140), 21-32.

Cantelmo, C. A., Cavalcante, T. P., & Costa, L. F. (2011). A menina mãe: incesto e maternidade. *Fractal: Revista de Psicologia*, 23(1), 137-154. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922011000100010>>.

Corbett, E. (2014) “Contos sem fadas”: Mães e filhos em situação de violência doméstica. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Corbett, E., Ambrosio, F.F., Gallo-Belluzzo, S.R. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2014). *Psicologia e Sociedade*, 26(3), 756-765.

Dias, E. (2003). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott*. Rio de Janeiro: Imago.

Ferreira, M. C. (2006). *Encontrando a criança adotiva: um passeio pelo imaginário coletivo de professores à luz da psicanálise*. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Fialho, A.; Montezi, A.V.; Ambrosio, F.F. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2014). O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre vida saudável. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, v. 36, p. 626-631, doi:10.1590/2179-325520143630005

Fialho, A. A.; Fernandes, R.A.; Montezi, A. V. & Aiello-- Vaisberg, T.M.J. (2012). O imaginário coletivo de estudantes sobre a África: um estudo preliminar. In *Proceedings of the 1st. Colóquio Internacional Culturas Jovens Afro-Brasil América: Encontros e Desencontros Anais do Primeiro Colóquio Internacional Culturas Jovens Afro-Brasil América: Encontros e Desencontros*, 2012, São Paulo (SP). Acesso em: 28 abr. 2013.

Disponível

em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000132012000100002&lng=en&nrm=iso>.

Gallo-Belluzzo, S.R., Corbett, E.; Aiello--Vaisberg, T.M.J. (2013). The First Experience of Clinical Practice on Psychology Students' Imaginary. *Paideia*, 23 (56), 389-396 Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/1982-43272356201313>>.

Gióia-Martins, D. F. (1998). *Obesidade: estudo das representações sociais de endocrinologistas em hospital público*. Tese de Doutorado em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo.

Granato, T.M.M. & Aiello-Vaisberg T.M.J. (2013) Narrativas interativas sobre o cuidado materno e seus sentidos afetivo-emocionais. *Psicologia Clínica*, 25 (1), 17-36.

Greenberg, J.R. & Mitchell, S.A. (1994). *Relações objetais na teoria psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Hermann, F. (1979). *O método da psicanálise*. São Paulo: Brasiliense.

Laplanche, J. & Pontalis, J. B. (1967). *Vocabulário de Psicanálise*. Lisboa, Presença.

Machado, M. C. L.; Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004) O brincar e a sexualidade: considerações sobre o erotismo e o desejo à luz da psicanálise winnicottiana. In: AIELLO-Barbarói. Santa Cruz do Sul, n. 31, ago./dez. 2009. 35 VAISBERG, T. M. J.; AMBROSIO, F. F. (Orgs.) *Cadernos Ser e Fazer: o brincar*. São Paulo: IPUSP, 18-23.

Martins, P. C. R., & Vaisberg, T. M. J. A. (2009). Dificuldades sexuais masculinas e imaginário coletivo de universitários: um estudo psicanalítico. *Barbarói*, 31(2), 18-35.

Martins, P.C.R. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010). “Será que ele é?” Imaginário coletivo sobre homossexualidade. *Perspectiva (Erexim)*, v.33, p. 43-52.

Mencarelli, V. L.; Bastidas, L. S. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). A difícil notícia do diagnóstico da síndrome de imunodeficiência adquirida para jovens: considerações psicanalíticas com base na perspectiva winnicottiana. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 2, 20.

Mencarelli, V. L. (2010). *Compaixão na contratransferência: cuidado emocional a jovens HIV+(s)*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Minhoto, M.; Ambrosio, F. F. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2006). Utilización del Procedimiento Dibujos-Cuentos con Tema en la Investigación del Imaginario de Adolescentes sobre Niños de la Calle. [CD-ROM] *Resúmenes y Trabajos del XIII Congreso Latinoamericano de Rorschach y Métodos Proyectivos*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Montezi, A. V.; Zia, K.P.; Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2011). Imaginário coletivo de professores sobre o adolescente contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 16 (2), 299-305.

Montezi, A. V.; Barcelos, T. F.; Ambrosio, F. F. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2013) Linha de Passe: adolescência e imaginário em um filme brasileiro. *Psicologia em Revista*, 19, 74-88.

Pacheco Sánchez, C. I. (2015). Agencia social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 14(29), 62-82. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps14-29.asse>>.

Pisani, M. S. (2016). Futebol feminino: espaço de empoderamento para mulheres das periferias de São Paulo. **Ponto Urbe** [Online], Acesso em: 11 set. 2016. Disponível em: <<http://pontourbe.revues.org/1621>>; DOI: 10.4000/pontourbe.1621.

Politzer, G. (2003). *Crítica de los fundamentos de la psicología*. Paris, PUF. (Original publicado 1928).

Pontes, M. L. S. (2011). *A hora H: o imaginário coletivo de profissionais da saúde mental sobre adolescência*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Pontes, M. S.L.S., Barcelos, T.F., Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2010). A gravidez precoce no imaginário coletivo de adolescentes. *Psicologia Teoria e Prática* 12 (1), 85-96.

Pontes, M.L.S.; Cabreira, J.C.; Ferreira, M.C. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2008). Adoção e exclusão insidiosa: o imaginário de professores sobre a criança adotiva. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 495-502.

Renault, E. (2008). *Souffrances sociales. Sociologie, psychologie et politique*. Paris, La Découverte.

Rodrigues, L. M. (2016). *O imaginário de adolescentes sobre o esporte: um estudo psicanalítico*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós- Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

Russo, R.C., T., Couto, T. H. A. M. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009). Imaginário Coletivo de Estudantes de Educação Física sobre Pessoas com Deficiência. *Psicologia e Sociedade*, 21 (2), 250-255.

Silva, D. V. & Salomão, N. M. R. (2003). A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 135-145.

Simões, C. H. D. ; Ferreira-Teixeira, M. C. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2014). Imaginário coletivo de profissionais de saúde mental sobre envelhecimento. *Boletim de Psicologia*, v. LXIV, p. 65-78.

Souza, J. M., Silva, J. P., & Faro, A. (2015). Bullying e Homofobia: Aproximações Teóricas e Empíricas. *Psicologia Escolar e Educacional*, 19(2), 289-298. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/2175-3539/2015/0192837>>.

Tachibana, ; Ambrosio, F. F. ; Beaune, D. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2014). O imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a interrupção da gestação. *Ágora (PPGTP/UFRJ)*, v. 17, p. 285-297.

Tachibana, M.; Montezi, A. V.; Barcelos, T.F.; Sirota, A. & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2015). Who are the teenagers of today? Collective imaginary of Brazilian teachers. *International Journal of Information and Education Technology*, v.5(1), 47-49.

Tachibana, M. & Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2008). Estilo clínico Ser e Fazer: relato de uma intervenção institucional com mulheres que perderam a guarda dos filhos. *IX Simpósio CEFAS e II Jornada FLAPAG*, 2008, Campinas, São Paulo. Acesso em: 18 jun. 2015, Disponível em: <<http://serefazer.psc.br/estilo-clinico-ser-e-fazer-relato-de-uma-intervencao-institucional-com-mulheres-que-perderam-a-guarda-dos-filhos/>>.

Winnicott, D. W. (1982). Desenvolvimento emocional primitivo. In: D. W. Winnicott. *Textos selecionados da pediatria à psicanálise*, 247-268. Rio de Janeiro: Francisco Alves (Original publicado em 1945).

Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1963).

Winnicott, D. W. (2005). O medo do colapso. In: D. Winnicott (2005), *Explorações psicanalíticas* (2ª ed, p. 70-76). Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 1974).

Zequinão, M. A.; Medeiros, P.; Pereira, B. & Cardoso, F. L.. (2016). Bullying escolar: um fenômeno multifacetado. *Educação e Pesquisa*, 42(1), 181-198. Disponível em: <<https://dx.doi.org/10.1590/S1517-9702201603138354>>.

“CIDADE DE DEUS ”: IMAGINÁRIOS COLETIVOS SOBRE RACISMO

Rafael Aiello-Fernandes

Ana Flávia de Paula Rosado

Daniela Delmando de Freitas

Gabriela de Paula Feriani

Isabella de Dávide Ratto Morelli

Júlia Maria Terossi Carvalho

Letícia Aparecida Carvalho da Silva

Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo investigar imaginários coletivos sobre racismo enquanto uma forma específica de sofrimento social, justificando-se na medida em que penaliza tanto a expressiva parcela da população afrodescendente como toda a sociedade, na medida em que esta comporta práticas discriminadoras incompatíveis com a dignidade humana. Organiza-se metodologicamente por meio de um estudo psicanalítico da obra cinematográfica “Cidade de Deus” (2002), dirigida por Fernando Meirelles e Kátia Lund. A produção foi assistida em estado de atenção flutuante, segundo o uso do método psicanalítico. Num segundo momento, foram elaborados textos de impactos transferenciais, a partir de associações e das impressões geradas, visando à produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional subjacentes. A consideração conjunta do material permitiu a produção interpretativa dos seguintes campos de sentido afetivo-emocional “Tornar-se branco” e “Já roubei, já matei”. O quadro geral indica o imaginário expresso no filme não rompe com a lógica racial que constitui a nação brasileira, apresentando, por sob uma realidade aparentemente miscigenada, formas de hierarquização que reforçam a superioridade da branquitude sobre o mundo negro, mostrado de forma estereotipada.

Palavras-chave: imaginários coletivos, racismo, cinema brasileiro.

Problema de Pesquisa

Atualmente, o poder público e a sociedade civil e os meios acadêmicos reconhecem que o racismo é um importante problema social em nosso país. Consequentemente, a psicologia, como ciência e profissão, vem se debruçando crescentemente sobre essa questão, o que bem podemos compreender uma vez que se trata de fenômeno que gera efeitos subjetivos que devem ser caracterizados como sofrimentos sociais (Santos; Schumann; Martins, 2012; Aiello-Fernandes, 2013; Martins, Santos, Colosso, 2013; Schumann, Nunes; Costa, 2015).

Em sua inegável complexidade, o problema do racismo pode ser psicologicamente abordado a partir de diferentes vertentes. No nosso caso, temos optado por estudá-lo a partir da perspectiva psicanaliticamente orientada da psicologia concreta de Bleger (1958;1963) e Politzer (1928), que temos acessado a partir da focalização de uma dimensão fundamental do ambiente humano, que são, precisamente, os mundos imaginários que habitamos. Tais mundos podem ser acessados por diferentes vias, umas das quais consiste na investigação sobre produções culturais, entre as quais encontramos a produção cinematográfica brasileira que evidentemente expressa, reflete e elabora imaginários sociais, que podem sustentar ou questionar condições históricas geradoras de violência, exclusão e sofrimento emocional. No caso do presente estudo, interessamo-nos por estudar como imaginários coletivos sobre racismo aparecem em obras cinematográficas brasileiras.

Certamente, o racismo consiste em fenômeno complexo e multifacetado, cuja consideração demanda atenção a fatores históricos, econômicos, geopolíticos, institucionais, culturais e psicológicos, estreitamente ligados à expansão ultramarina da civilização europeia a partir do século XV e à formação de sociedades coloniais (Cesaire, 1955; Quijano, 2000, 2000a, Guimaraes, 1999). Desse modo, fica evidente a necessidade de apreciá-lo à luz do conceito de colonialidade, a partir do qual tem sido visitadas, desde uma perspectiva crítica ao eurocentrismo, realidades produzidas pelo colonialismo e pelo racismo que seguem vigentes no mundo atual. Tal conceito, inicialmente proposto pelo sociólogo Aníbal Quijano (2000, 2000a), foi posteriormente desenvolvido e expandido pelo

grupo Modernidad/Colonialidad, para indicar uma matriz de poder que não se limita à organização sociopolítica do período colonial, mas que configura padrões de exploração e controle que se mantêm até hoje. A colonialidade comportaria, segundo seus estudiosos, três dimensões: o poder, o saber e o ser. Assim, haveria que considerar: 1) mecanismos de poder que produzem uma diferenciação racial entre as populações, articulada com o controle das relações de produção – a colonialidade do poder (Quijano, 2000, 2000a); 2) mecanismos de controle do conhecimento – a colonialidade do saber (Mignolo, 2002, 2010); e 3) impactos que estas formas de dominação exercem sobre a experiência vivida dos agentes da colonização, colonizadores e colonizados – a colonialidade do ser (Maldonado-Torres, 2007, 2008).

O desenvolvimento das ciências não sustenta, de modo algum, a existência de raças como fato biológico. Entretanto, se não há raças certamente há racismo, como construção social característica de sociedades organizadas de modo hierárquico e baseadas em relações de dominação e exploração. Ainda que suas formas de manifestações variem amplamente, em função dos contextos históricos, geográficos e relacionais específicos, nos quais concretamente tem lugar, o racismo corresponde sempre a procedimentos de produção de marcas sociais a partir de diferenças físicas – cor de pele, formato do nariz e cabelo, por exemplo. Tais marcas são, então, usadas para atribuição de qualidades morais, psicológicas e culturais às aparências físicas, compondo num sistema que sustenta práticas de preconceito e discriminação (Guimarães, 1999).

No que tange à singularidade da questão racial no Brasil, é importante destacar que nosso país foi o que recebeu o maior contingente de africanos escravizados nas Américas (Alencastro, 2010) e que, desde o século XIX, com a independência de Portugal, o lugar do negro na nação se transformou em uma preocupação da elite e dos intelectuais ligados a ela, o que se intensificou com a abolição da escravidão em 1888. Em um primeiro momento, a intelectualidade aderiu às teorias do racismo científico, buscando “embranquecer” o país tanto cultural como demograficamente, através da imigração de mão de obra europeia (Scharwcz, 1994; Hofsbauer, 2003). Posteriormente, na década de 1930, a obra de Gilberto Freyre (1933; 2006) forneceu subsídios que fortaleceram uma visão segundo a qual a miscigenação das populações, que constituíram o Brasil, teria impedido que o racismo se formasse no país. Deste modo, fundamentou um imaginário acorde à ideia de que vigoraria, em nosso país, uma democracia imune ao racismo. Contudo, a partir da década de 1950 e, mais acentuadamente, a partir de 1970, a teoria

freyrana passou a ser questionada a partir de estudos que indicavam que critérios de cor eram usados no estabelecimento de hierarquias sociais afetando, de modo contundente, o exercício da cidadania da população negra. Finalmente, apenas durante as preparações para a Conferência de Durban, em 2001, movimentos negros e intelectuais brasileiros pressionaram o governo federal para que reconhecesse oficialmente que o Brasil sofre com o problema do racismo (Skidmore, 1991; Andrews 1997; Guimarães, 2004). Desde então, adentramos em uma nova fase, na qual autoridades públicas passaram a manifestar a disposição de, efetivamente, criar mecanismos de “discriminação positiva”, com o intuito de combater o racismo.

O reconhecimento do racismo tem incentivado esforços no sentido de também compreender os efeitos subjetivos que gera, conclamando, desse modo, contribuições da psicologia e, mais especificamente, da psicologia psicanaliticamente orientada. Vale aqui lembrar tanto autores internacionais importantes, tais como Fanon (1952; 1961), como brasileiros, entre os quais se destacam Bicudo (1945), Santos (1983) e Nogueira (1998). Todas essas contribuições, fundamentadas em diferentes leituras e intercâmbios críticos com a psicanálise, interessaram-se pelas consequências emocionais do racismo e do colonialismo, numa convincente demonstração de que o saber psicanalítico pode trazer aportes bastante significativos a esta discussão. De nossa parte, consideramos que concepções psicanalíticas que se alinham ao paradigma relacional (Greenberg e Mitchel, 1984), ao mesmo tempo em que valorizam as condições concretas de vida (Bleger, 1963), constituem-se numa importante base para realização de pesquisas e produção de conhecimento sobre essa questão.

Fundamentos e Procedimentos Metodológicos

Fundamentamo-nos, para tanto, no referencial de uma psicanálise concreta, inspirada na obra do psicanalista argentino José Bleger (1958; 1963) que, a partir de sua leitura de Georges Politzer (1928), salientou a necessidade de retorno à concretude da experiência na psicanálise, compreendendo toda manifestação humana como conduta, ou seja, em sua totalidade significativa, que tem sempre um caráter social e vincular. Desenvolveu,

assim, a crítica de Politzer (1928) aos fundamentos da psicanálise, centrada justamente em denunciar os procedimentos intelectuais – realismo, abstracionismo, formalismo – que transformam os acontecimentos dramáticos da vida das pessoas em coisas ou forças impessoais, em processos despersonalizados. Por este caminho, a experiência vivida foi convertida em entidades metafísicas e objetificadas na forma de um aparelho psíquico concebido em termos energéticos e pulsionais. Contra tal concepção, Politzer (1928) preconizou um retorno ao concreto das descobertas freudianas, chamando a atenção para a importância de se estudar o “fato psicológico em primeira pessoa”, ou seja, o drama.

Bleger (1958; 1963) retomou as críticas e proposições politzerianas, compreendendo as manifestações humanas como condutas dramáticas concretas. De acordo com esse autor, a conduta corresponde a manifestações humanas que se expressam, sempre e simultaneamente, em três áreas: mental, corporal e de atuação no mundo externo. A qualificação de uma conduta como pertencente a algum destes três campos seria dada, então, pela predominância de algum deles em dado momento. No que se refere à amplitude do fenômeno a ser estudado, a conduta poderia ser compreendida em três âmbitos: o do indivíduo, o do grupo e o de instituições, como práticas ou normas. Finalmente, a conduta humana deveria ser considerada como emergente de campos relacionais, que se inserem e são produzidos em contextos ou conjunturas sociais, geopolíticas, históricas e culturais precisas. Segundo esta ótica, caberia distinguir três subestruturas nos campos da conduta: o ambiente ou subcampo geográfico, que corresponde, praticamente, ao que pode ser percebido por um observador relativamente externo ao acontecer em pauta; o subcampo psicológico, que abrange as experiências vividas e, finalmente, o campo da consciência, que consiste nas experiências que são conscientemente percebidas num certo momento.

Articulamos essas reflexões com as formulações de Fábio Herrmann (1979) de que a psicanálise consiste, essencialmente, em um método de investigação sobre processos concretos e encarnados de produção de sentidos afetivo-emocionais e defendemos que a dimensão metodológica da psicanálise tem primazia sobre a doutrinária. Ou seja, utilizamos a psicanálise essencialmente enquanto método investigativo e não como corpo teórico rígido e já estabelecido definitivamente. Deste modo, buscamos explorar seu potencial heurístico para a produção de estudos interpretativos e compreensivos sobre substratos afetivo-emocionais subjacentes às manifestações humanas. Assim, consideramos a psicanálise em suas potencialidades concretas, sem aderirmos às

formulações especulativas metapsicológicas. Em suma, com Politzer (1928) e Bleger (1958; 1963), compreendemos que o pressuposto fundamental, sobre o qual o método psicanalítico se assenta, é o de que toda conduta humana é atravessada por múltiplos sentidos que emergem a partir das experiências concretas de vida das pessoas e coletivos humanos. A partir desta perspectiva, pretendemos teorizar de modo maximamente próximo ao acontecer humano, considerando para tanto ser essencial mantermo-nos maximamente próximos da experiência emocional.

Partindo, portanto, desta visão psicanalítica temos nos interessado em produzir conhecimento sobre uma dimensão fundamental do ambiente humano, que são, precisamente, os mundos imaginários que habitamos. Temos desenvolvido investigações acerca de imaginário coletivos, concebidos como condutas e emergentes a partir de campos relacionais, que são substratos afetivo-emocionais não conscientes.

Uma via por meio da qual podemos acessar imaginários coletivos é a do estudo de produções culturais, tais como filmes ou música popular (Arós & Aiello- Vaisberg, 2009; Figueiredo & Aiello-Vaisberg, 2012a; Montezi et al, 2013c). Trata-se, neste caso, de estudar imaginários coletivos tais como surgem “nas” produções culturais. Usamos, nestas pesquisas, o mesmo método psicanalítico, o que nos tem permitido ampliar o âmbito de nossas conclusões, desde contextos grupais mais restritos para outros mais ampliados. No que tange especificamente ao uso de produções cinematográficas, buscamos aqui investigar como o racismo é tematizado nas produções.

Metodologia

As estratégias metodológicas configuram-se, na presente investigação, em termos de quatro procedimentos investigativos: 1) procedimento de seleção do material e configuração do corpus pesquisado; 2) procedimento de apresentação do corpus pesquisado e 3) procedimento de produção interpretativa dos campos de sentido afetivo.

No que diz respeito à questão prévia de seleção do material, o interesse pelo racismo nos conduziu à busca de obras cinematográficas que tematizassem as relações raciais em nosso país, seja em seu conteúdo temático explícito, seja no modo como apresentam

personagens negros e sua interação com a sociedade circundante. A escolha de Cidade de Deus se deu a partir de critérios que incluíram ter sido uma obra com grande repercussão de público e crítica - inclusive internacional, com quatro indicações ao Oscar - e de fácil acesso ao público em geral.

Primeiramente, realizamos exposições “livres” à obra, cultivando uma abertura fenomenológica à produção e nos deixando levar pelas associações e impressões suscitadas. Em seguida, adotamos, como procedimento de registro do acontecer clínico a elaboração de textos de impactos transferenciais, em que registramos as impressões, ideias, memórias, ressonâncias afetivas e os impactos transferenciais gerados a partir do encontro com as músicas.

A partir disto, como procedimento de interpretação do material clínico, consideramos psicanaliticamente os textos de impactos transferenciais, tendo em vista a produção de campos de sentido afetivo-emocional, a partir dos quais emergem as dramáticas humanas e imaginários coletivos expressos na obra. Nesta fase, consideramos as produções que tematizaram os modos de apresentação da “negritude”, “branquitude” e relações raciais à luz das seguintes palavras de ordem metodológicas: “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar a configuração de sentido” (Herrmann, 1979). Deste modo, podemos chegar à “criação/encontro” de campos de sentido afetivo-emocionais ou inconscientes relativos.

Por fim, realizaremos interlocuções reflexivas a partir dos campos criados/encontrados através do diálogo com teóricos que tematizam a questão do racismo, sejam eles psicanalistas ou não.

Interpretações e Interlocuções Reflexivas

Designamos, sob a denominação “Tornar-se Branco”, um campo de sentido afetivo-emocional que se organiza a partir da crença de que o embanquecimento é um caminho para a ascensão social e pessoal, deixando para trás o mundo do crime.

Designamos, sob a denominação "Já matei, já roubei", um campo de sentido afetivo-emocional que se organiza a partir crença de que a violência é o caminho natural a ser seguido pelo negro brasileiro que vive na favela.

O quadro geral indica que os imaginários coletivos, expressos no filme, não rompem com a lógica racial que constitui a nação brasileira, na qual, sob um discurso de aparente ausência de racismo em função da miscigenação, vários autores já identificaram a perpetuação do ideário de uma inata superioridade branca e uma manutenção de estereótipos negativos para a população negra. Haveria, portanto, por sob o discurso aparentemente inclusivo e assimilacionista, a perpetuação de um projeto de embranquecimento da população como meta ideal a ser atingida pela país (d'Adesky, 2001; Guimarães 1999; Schwarz, 2012)..

Desse modo, podemos pensar os dois campos de sentido afetivo-emocional criados-encontrados como se articulando e sustentando reciprocamente. De um lado, podemos observar como a aproximação do "mundo branco" aparece como possível modo de saída da realidade da criminalidade e da favela. Seja o caso do personagem Benê, que ao se aproximar de um modo de ser mais embranquecido – nas palavras do personagem, "virar playboy" – começa a se relacionar romanticamente com uma personagem branca e de classe média e projetar sua saída do mundo do tráfico e da própria Cidade de Deus, seja quando Buscapé conseguiu se inserir no mundo predominantemente branco do jornalismo e vislumbrar a possibilidade de ascensão profissional, podemos ver que o universo da branquitude é apresentado como mais "civilizado" do que a violência endêmica que predomina da favela.

Por outro lado, e complementarmente, vemos que o exercício da violência e da criminalidade é mostrado como um caminho quase "natural" a ser seguido pelo negro nascido nas favelas e periferias urbanas. O filme, claro, mostra personagens "brancos" também associados ao mundo do crime, mas desde o início da obra podemos ver que a favela é construída majoritariamente como um ambiente "negro". A figura de Zé Pequeno, como encarnação de uma espécie de "maldade" endógena, concretiza e corporifica uma série de estereótipos historicamente imputados ao homem negro, como a criminalidade e

delinquência inerente, a selvageria e um comportamento sexual inescapavelmente violento. Não são fornecidas ou sugeridas explicações estruturais ou sociais para suas motivações, o que reforça a imagem de alguém “naturalmente” mal. Quando associamos isso ao fato de que outros personagens negros que vislumbram saídas da criminalidade o fazem ao se aproximarem de um mundo mais “embranquecido”, podemos concordar com as colocações de Alves (2014) de que o filme reforça um imaginário que cria e mantém a ideia da favela, entendida como um ambiente negro, como um “espaço patologizado”, o que por sua vez sustenta um ideário desumanizante da população que lá reside.

Deste modo, podemos, ainda segundo Alves (2014), apontar que o filme expressa basicamente um imaginário branco sobre o negro, a favela e a nação brasileira, no qual a masculinidade negra é automaticamente apresentada como violenta e criminoso – não havendo espaço para a aparição de outras formas de constituição da subjetividade, como a daqueles que encontram uma identidade na participação em movimentos negros e comunitários de luta por garantia de direitos, a mulher negra apresentada apenas como objeto de desejo e vítima impotente e sem voz perante a violência masculina, e o “mundo branco” como mais “ordenado” e civilizado do que o negro. Dessa forma, reforça o que recentes estudos críticos sobre branquitude na psicologia social (Santos; Schumann; Martins, 2012; Schumann, Nunes; Costa, 2015) tem apontado: que a identidade branca é vivida imaginariamente como “naturalmente” superior e “norma” do que é propriamente humano, moral e esteticamente, sendo os outros grupos representados como menos evoluídos e mais propensos à condutas consideradas como animais e mais próximas de um mundo do puro instinto, como a selvageria, violência e sexualidade descontrolada. Em suma, reforçado padrões de poder que não superam a realidade criada pela colonialidade do poder, saber e ser ((Quijano, 2000, 2000^a; Maldonado-Torres, 2007, 2008; Mignolo, 2002, 2010) e reatualizando estereótipos e aspectos opressores que justificam o racismo.

Referências Bibliográficas

Aiello-Fernandes, R. “Da entrada de serviço ao elevador social”: Racismo e Sofrimento. (2013). 138f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2013.

Mparo Alver, J. (2014). Narratives of Violence: The White Imagination, and the Making of Black Masculinity in City of God. CS, (13), 313-337. Retrieved June 14, 2016, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-03242014000100011&lng=en&tlng=en.

Bleger, J. (1963) *Psicologia de la Conduta*. Buenos Aires, Paidos, edição de 2007.

Césaire, Aimé. (2011). *Discours sur le colonialisme*. Paris (1955). *Présence Africaine*.

D’Adesky, J. (2001). *Pluralismo étnico e multiculturalismo: racismos e anti-racismos no Brasil*. Rio de Janeiro, Pallas Editora.

Greenberg, J. E Mitchell, S. A. *Relações Objetais na Teoria Psicanalítica*. Trad. E. O Diehl. Porto Alegre, Artes Médicas, 1994.

Fanon, F. (1961 - 2005). *Os condenados da terra*. Juiz de Fora, Ed. UFJF. Reimpressão atualizada 2010.

Fanon, F. (1952). *Pele negra, máscaras brancas*. Trad. de Maria Adriana da Silva Caldas. Salvador, Livraria Fator.

Guimarães, A. S. A (1999). *Racismo e Antirracismo no Brasil*. São Paulo, Editora 34.

Maldonado-Torres, N. (2007). On the colonality of being: Contributions to the development of a concept. *Cultural Studies*, 21:2, p. 240-270.

Maldonado-Torres, N. (2008). A topologia do ser e a geopolítica do conhecimento. *Modernidade, império e colonialidade*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 80, p. 71-114.

Martins, Edna, Santos, Alessandro de Oliveira dos, & Colosso, Marina. (2013). Relações étnico-raciais e psicologia: publicações em periódicos da SciELO e Lilacs. *Psicologia: teoria e prática*, 15(3), 118-133. Recuperado em 13 de junho de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872013000300009&lng=pt&tlng=pt.

Mignolo, W. (2002). The geopolitics of knowledge and the colonial difference. The South Atlantic Quarterly, vol. 101:1, Duke University Press.

Mignolo, W. (2010). Desobediência epistêmica: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad, gramática de la descolonialidad. Buenos Aires, Ediciones Del Signo.

Politzer, G. (1928). Crítica dos Fundamentos da Psicologia: a Psicologia e a Psicanálise. Editorial Unimep, edição de 2004.

Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder y clasificación social. Journal of World-Systems Research, vol. XI, nº. 2, p. 342-86.

Quijano, A. (2000). Coloniality of Power, eurocentrism, and Latin America. Nepantla: Views from South, vol. 1, nº 3, p. 533-580.

Santos, A, O. ; Schumann, L,V.; and Martins, H, V. (2012) Breve histórico do pensamento psicológico brasileiro sobre relações étnico-raciais. Psicol. cienc. prof. [online]., vol.32, n.spe, pp.166-175. ISSN 1414-9893

Scharwcz, L. M. (2012). Nem preto nem branco, muito pelo contrario: cor e raça na sociabilidade brasileira. São Paulo, Claro Enigma, 1ª ed.

Schumann, L,V. Nunes, S,S.; Costa, E. S. (2015) A Psicologia da Universidade de São Paulo e as relações raciais: perspectivas emergentes. Psicol. USP, ahead of print Epub Apr 17, 2015

“PRETOBRÁS: PORQUE EU NÃO PENSEI NISSO ANTES”

RACISMO EM COMPOSIÇÕES DE ITAMAR ASSUMPÇÃO⁵²

Rafael Aiello-Fernandes

Daniela Pereira André

Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

Resumo: O presente trabalho tem como objetivo investigar imaginários coletivos sobre racismo na música popular brasileira, por meio da tematização do modo como o “ser negro” aparece em composições, justificando-se na medida em que esta forma de discriminação gera importantes efeitos subjetivos que se caracterizam como sofrimentos sociais. Organiza-se metodologicamente a partir do estudo psicanalítico de um conjunto de composições de Itamar Assumpção, intitulado “Pretobrás: Porque Eu Não Pensei Nisso Antes”. Tais produções foram escutadas em estado de atenção flutuante, segundo o uso do método psicanalítico. Num segundo momento, foram elaborados textos de impactos transferenciais, a partir de associações e das impressões geradas, visando à produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional subjacentes. A consideração do conjunto do material permitiu a produção interpretativa dos seguintes campos de sentido afetivo-emocional: “Violência Despersonalizadora” e “Reinvenção à Martelada”. Tais campos permitem perceber que o artista se apresenta diante do brasileiro – afrodescendente ou não - para um diálogo que provoca e exige profundo reexame de velhos posicionamentos, tanto no que se refere à denúncia da violência da colonização e da discriminação racial, quanto à exaltação da capacidade de resistência e invenção do negro.

Palavras-chave: Imaginários Coletivos, Racismo, Música Popular Brasileira.

⁵² Trabalho premiado pela Comissão Científica apresentado na sessão de apresentação de pôster na 14ª Jornada APOIAR

Problema de Pesquisa

O reconhecimento, por parte de expressiva parcela da comunidade acadêmica, do poder público e da sociedade civil, de que o Brasil não está livre do problema do racismo, vem demandando cada vez mais a atenção da psicologia, o que se materializa através de um aumento na produção científica nos últimos anos (Aiello-Fernandes, 2013; Martins, Santos, Colosso, 2013; Schumann, Nunes; Costa, 2015), em trabalhos que buscam resgatar e avaliar a atuação histórica da disciplina em relação ao tema (Maio, 2010, 2015; Santos, Schumann, Martins, 2012). É dentro deste contexto que abordaremos a questão, partindo de uma visão psicanalítica que reconhece a importância das condições concretas de existência na produção de diversas formas de sofrimento social na atualidade.

Temos nos interessado em produzir conhecimento sobre uma dimensão fundamental do ambiente humano, que são, precisamente, os mundos imaginários que habitamos. Tais mundos podem ser acessados por diferentes vias, uma das quais é o estudo de produções culturais, tais como aquelas que compõem a chamada música popular brasileira. A investigação dessa forma de produção cultural se justifica à medida que se caracteriza como um canal expressivo da população, auxiliando-nos na compreensão das diversas manifestações humanas e do sofrimento emocional. No caso do presente estudo, interessamo-nos por estudar como as manifestações de racismo são tematizadas na música popular brasileira, optando pelo modo como um artista afro-brasileiro – Itamar Assumpção – tematiza a questão do “ser negro” em suas músicas e como isso se relaciona ao racismo.

Para tanto, consideramos fundamental entender que o racismo se configura como uma realidade multifacetada, que envolve fatores históricos, econômicos, geopolíticos, institucionais, culturais e psicológicos, estreitamente ligados à expansão ultramarina da civilização europeia a partir do século XV e à formação de sociedades coloniais (Cesaire, 1955; Quijano, 2000, 2000a, Guimarães, 1999). Sua abordagem, portanto, requer uma adequada consideração de tal complexidade. De fato, faz-se fundamental destacar aqui o conceito de colonialidade, com o intuito de salientar que as realidades produzidas pelo

colonialismo e pelo racismo continuam presentes e estruturantes das formações sociais de nosso atual mundo globalizado. Inicialmente proposto pelo sociólogo Aníbal Quijano (2000, 2000a), foi posteriormente desenvolvido e expandido pelo grupo Modernidad/Colonialidad, para indicar uma matriz de poder que não se limita à organização sociopolítica do período colonial, mas que configura padrões de exploração e controle que se mantêm até hoje. A colonialidade pode ser subdivida em mecanismos de poder que produzem uma diferenciação racial entre as populações, articulada com o controle das relações de produção – a colonialidade do poder (Quijano, 2000, 2000a)); uma dimensão epistemológica de controle do conhecimento – a colonialidade do saber (Mignolo, 2002, 2010); e os impactos que estas formas de dominação exercem sobre a experiência vivida dos agente envolvidos na colonização, sejam colonizadores ou colonizados – a colonialidade do ser (Maldonado-Torres, 2007, 2008).

Atualmente é amplamente aceito que a ideia de raça não corresponde a uma realidade biológica e que devemos utilizar o termo como uma construção social, capaz de lançar luz sobre uma forma específica de organizar hierarquicamente a sociedade – justamente, o racismo. Também devemos destacar que não existe o racismo em si, enquanto essência abstrata e a-histórica, mas diversas formas de expressão concreta deste fenômeno, em estreita vinculação com contextos históricos, geográficos e relacionais específicos. Não obstante, podemos caracterizar globalmente o racismo como um sistema fundamentado em procedimentos de produção de marcas sociais a partir de diferenças físicas reais ou imaginárias– cor de pele, formato do nariz e cabelo, por exemplo - como modo de classificar em termos de superioridade-inferioridade diferentes grupos ou populações, imputando essências morais, culturais e psicológicas à determinada aparência para, por esta via, produzir e sustentar práticas de preconceito e discriminação, a nível social, institucional e interpessoal (Guimarães, 1999; d’Adesky, 2001)

No que tange à singularidade da questão racial no Brasil, é importante destacar que nosso país foi o que recebeu o maior contingente de africanos escravizados nas Américas (Alencastro, 2010) e que, desde o século XIX, com a independência de Portugal, o lugar do negro na nação se transformou em uma preocupação da elite e dos intelectuais, o que se intensificou com a abolição da escravidão em 1888. Em um primeiro momento, a intelectualidade aderiu às teorias do racismo científico, buscando “embranquecer” o país tanto cultural como demograficamente, através da imigração de mão de obra europeia (Scharwcz, 1994; Hofsbauer, 2003). Posteriormente, na década de 1930, a obra de

Gilberto Freyre (2006), escrita em um período em que as antigas teorias racialistas já estavam sendo superadas por interpretações mais centradas na cultura do que na biologia, forneceu as bases para a interpretação de que a miscigenação das populações que constituíram o Brasil teria impedido que o racismo se formasse no país. Sua obra ofereceu bases para que se pensasse o Brasil como uma “democracia racial”, onde o preconceito de raça não existiria.

Tal visão exerceu grande influência no imaginário nacional. Foi apenas a partir da década de 1950, e com maior intensidade a partir de 1970, que tal teoria passou a ser seriamente questionada. Novos estudos mostraram que a hierarquia social no Brasil era também pautada em critérios de cor e que o racismo seria um fator que impediria o exercício pleno de cidadania da população negra. No entanto, ainda levaria algumas décadas para que tais investigações fossem assimiladas no debate público, de modo que foi somente durante as preparações para a Conferência de Durban, em 2001, que os movimentos negros e intelectuais brasileiros conseguiram que o governo federal reconhecesse oficialmente que o Brasil sofre com o problema do racismo (Skidmore, 1991; Andrews 1997; Guimarães, 2004). Desde então, adentramos em uma nova fase, na qual autoridades públicas passaram a manifestar a disposição de, efetivamente, criar mecanismos de “discriminação positiva”, com o intuito de combater o racismo. Do lado acadêmico, a questão também ganhou nova relevância e destaque.

Desse modo, o racismo brasileiro vem sendo cada vez mais conceitualmente especificado em sua singularidade, que inclui os traços do ideal do branqueamento; de uma miscigenação hierárquica que manteve a branquitude como critério ideal e normativo de humanidade, com as outras populações sendo julgadas à partir do grau de aproximação ou afastamento em relação à essa norma; e o preconceito de cor, no qual a discriminação se concretiza na realidade cotidiana à partir de uma avaliação da posição do indivíduo em uma cromatologia hierárquica de acordo com a pigmentação da pele. Seria, portanto um racismo assimilacionista, universalista e heteróforo em relação ao negro, que se sustenta em uma mistura de processos de “inclusão” – especialmente “cultural”, em que alguns elementos de matriz africana são simbolicamente clareados e incorporados discursivamente à identidade brasileira - e exclusão - social, com acesso diferencial a direitos básicos de cidadania em função da cor de pele (d’Adesky, 2001; Guimarães 1999; Schwarz, 2012).

No que se refere às considerações sobre como a psicanálise trabalhou a maneira como o racismo produz formas de sofrimento específicas, e sem pretender um levantamento exaustivo, podemos citar desde autores internacionais que produziram trabalhos hoje já considerados clássicos sobre o assunto, como os de Fanon (1952; 1961), quanto autoras nacionais que deram importantes contribuições sobre o tema, como Bicudo (1945), Santos (1983) e Nogueira (1998). Em todos esses casos, é importante ressaltar que a psicanálise foi objeto de diferentes leituras e diálogos críticos, servindo como saber fundamental para a compreensão de um problema – as consequências emocionais do racismo e do colonialismo – não comumente tematizado pelos nomes e escolas “clássicas” dessa área do conhecimento.

De nossa parte, consideramos que a psicanálise, enquanto método de pesquisa empírica qualitativa, pode contribuir de modo significativo nesta discussão, e acreditamos ser necessário desenvolver um enfoque adequado, s epistemológica e metodologicamente, para o estudo dos efeitos do racismo na subjetividade. Existem, evidentemente, diversos caminhos para a realização de pesquisas empíricas sobre o racismo a partir do uso do método psicanalítico. Neste trabalho, escolhemos a abordagem da música popular como fenômeno cultural, para investigarmos o modo como imaginários coletivos sobre o racismo nela se expressam.

Fundamentos e Procedimentos Metodológicos

Fundamentamo-nos, para tanto, nas considerações do psicanalista argentino José Bleger (1958; 1963), que, a partir de sua leitura de Georges Politzer (1928), salientou a necessidade de retorno à concretude da experiência na psicanálise, compreendendo toda manifestação humana como conduta, ou seja, em sua totalidade significativa, que tem sempre um caráter social e vincular. Desenvolveu, assim, a crítica aos fundamentos da psicanálise, centrada justamente em denunciar os procedimentos intelectuais – realismo, abstracionismo, formalismo – que transformam os acontecimentos dramáticos da vida humana em coisas ou forças impessoais, em processos despersonalizados. Por este caminho, a experiência vivida foi convertida em entidades metafísicas e objetificadas na forma de um aparelho psíquico concebido em termos energéticos e pulsionais. Contra tal

concepção, Politzer (1928) preconizou um retorno ao concreto das descobertas freudianas, chamando a atenção para a importância de se estudar o “fato psicológico em primeira pessoa”, ou seja, o drama.

Bleger (1958; 1963) retomou e desenvolveu essas críticas, compreendendo as manifestações humanas como condutas dramáticas concretas. De acordo com esse autor, a conduta corresponde a manifestações humanas que se expressam, sempre e simultaneamente, em três áreas: mental, corporal e de atuação no mundo externo. A qualificação de uma conduta como pertencente a algum destes três campos seria dada, então, pela predominância de algum deles em dado momento. No que se refere à amplitude do fenômeno a ser estudado, a conduta poderia ser compreendida em três âmbitos: o do indivíduo, o do grupo e o de instituições, como práticas ou normas. Finalmente, a conduta humana deve ser considerada como emergente de campos relacionais, que se inserem e são produzidos em contextos ou conjunturas sociais, geopolíticas, históricas e culturais precisas. Segundo esta ótica, caberia distinguir três subestruturas nos campos da conduta: o ambiente ou subcampo geográfico, que corresponde, praticamente, ao que pode ser percebido por um observador relativamente externo ao acontecer em pauta; o subcampo psicológico, que abrange as experiências vividas e, finalmente, o campo da consciência, que consiste nas experiências que são conscientemente percebidas num certo momento.

Articulamos essas reflexões com as formulações de Fábio Herrmann (1979) de que a psicanálise consiste, essencialmente, em um método de investigação sobre processos concretos e encarnados de produção de sentidos afetivo-emocionais e defendemos que a dimensão metodológica da psicanálise tem primazia sobre a doutrinária. Ou seja, utilizamos a psicanálise essencialmente enquanto método investigativo e não como corpo teórico rígido e já estabelecido definitivamente. Deste modo, buscamos explorar seu potencial heurístico para a produção de estudos interpretativos e compreensivos sobre substratos afetivo-emocionais subjacentes às manifestações humanas. Assim, consideramos a psicanálise em suas potencialidades concretas, sem aderirmos às formulações especulativas metapsicológicas. Em suma, com Politzer (1928) e Bleger (1958; 1963), compreendemos que o pressuposto fundamental, sobre o qual o método psicanalítico se assenta, é o de que toda conduta humana é atravessada por múltiplos sentidos que emergem a partir das experiências concretas de vida das pessoas e coletivos humanos. A partir desta perspectiva, pretendemos teorizar de modo maximamente

próximo ao acontecer humano, à experiência emocional e imaginários coletivos que a sustentam.

Partindo, portanto, desta visão psicanalítica temos nos interessado em produzir conhecimento sobre uma dimensão fundamental do ambiente humano, que são, precisamente, os mundos imaginários que habitamos. Temos desenvolvido investigações acerca de imaginário coletivos, concebidos como condutas e emergentes a partir de campos relacionais, que são substratos afetivo-emocionais não conscientes.

Uma via por meio da qual podemos acessar imaginários coletivos é a do estudo de produções culturais, tais como filmes ou música popular (Arós & Aiello- Vaisberg, 2009; Figueiredo & Aiello-Vaisberg, 2012a; Montezi et al, 2013c). Trata-se, neste caso, de estudar imaginários coletivos tais como surgem “nas” produções culturais. Usamos, nestas pesquisas, o mesmo método psicanalítico, o que nos tem permitido ampliar o âmbito de nossas conclusões, desde contextos grupais mais restritos para outros mais ampliados. Isso não significa, de modo algum, que estamos abandonando a psicologia em favor de outras ciências, como a sociologia ou antropologia, pois nossa preocupação segue rigorosamente o recorte que define a psicologia concreta, na medida em que mantém seu foco sobre a conduta enquanto experiência emocional de personalidades humanas, individuais ou coletivas.

No que tange especificamente ao uso de composições da música popular brasileira, que focalizamos anteriormente em trabalhos de iniciação científica (Oliveira & Aiello-Vaisberg, 2012; Figueredo & Aiello-Vaisberg, 2012; Figueiredo & Aiello-Vaisberg, 2013a; Figueiredo & Aiello-Vaisberg, 2013b; Leão & Aiello-Vaisberg, 2013; Silva & Aiello-Vaisberg, 2013 e Corbett et al, 2012), temos optado por dois diferentes tipos de trabalho. Na primeira vertente, articulamos as produções com a possibilidade de, via web, ter conhecimento acerca do que é mais frequentemente buscado pelo internauta, o que evidencia um interesse inegável pela obra. Deste modo, podemos trabalhar com preferências populares (Oliveira & Aiello-Vaisberg, 2013; Leão & Aiello-Vaisberg, 2013; Figueiredo & Aiello-Vaisberg, 2013b e Silva & Aiello-Vaisberg, 2013). Na segunda vertente, temos nos dirigido a obras reconhecidas como, histórico, cultural e esteticamente significativas, tais como aquelas de Chico Buarque de Holanda e de Adoniran Barbosa (Figueiredo & Aiello-Vaisberg, 2013a; Oliveira & Aiello-Vaisberg, 2013). Estas duas vertentes, cada uma a seu modo, tem-se revelado terreno fecundo para o estudo de imaginários coletivos.

O presente trabalho pertence à segunda vertente de estudos. Neste caso, não focalizaremos preferências de internautas para, em lugar disso, interrogar uma produção reconhecidamente valiosa, em termos de criar/encontrar os campos de sentido afetivo emocional a partir dos quais emerge. Claro que tal proposta exige um recorte, que corresponde ao nosso interesse de pesquisa: a questão do racismo. Isso não significa que buscaremos manifestações explícitas sobre racismo, já que tomamos outro caminho, inclusive por sabermos que o racismo à brasileira não se caracteriza necessariamente como fenômeno de visibilidade imediata, podendo se expressar tanto de formas abertas e explícitas quanto sutis e encobertas. Assim, rastreademos as produções de Itamar Assumpção buscando aquelas que tematizam o “ser negro” que, evidentemente, pode surgir nas composições de modo associado ao reconhecimento e tomadas de posição frente ao racismo – ou não. Uma vez selecionadas as composições que tematizam o “ser negro”, procederemos ao trabalho de produção interpretativa de campos de sentido afetivo-emocional.

As estratégias metodológicas configuram-se, na presente investigação, em termos de três procedimentos investigativos: 1) procedimento de seleção do material e configuração do corpus pesquisado; 2) procedimento de apresentação do corpus pesquisado e 3) procedimento de produção interpretativa dos campos de sentido afetivo-emocional.

No que diz respeito à questão prévia de seleção do material, cabe comunicar que o interesse pelo racismo nos conduziu à busca de um compositor da música popular brasileira afrodescendente, produtor de uma obra inovadora e esteticamente sofisticada. A escolha de Itamar Assumpção se deu a partir de critérios que incluíram: 1) ser afro descendente; 2) apresentar uma obra extensa 3) ter participado de um movimento cultural e 4) ter tido a qualidade estética da obra reconhecida pela crítica musical. Acrescentamos ainda um quinto critério, relativo à vinculação direta e estreita com a cidade de São Paulo – que se liga ao fato de termos abordado, em pesquisa anterior de iniciação científica (Oliveira & Aiello-Vaisberg, 2013), a obra de Adoniran Barbosa, que é um ítalo-descendente criador do Charutinho, espécie de alter-ego negro . Chegamos, assim, ao nome de Itamar Assumpção (1949-2003) um dos mais importantes artistas da chamada Vanguarda Paulistana, que agitou o cenário cultural da cidade desde os anos setenta até o início dos anos noventa do século XX.

Partimos, a seguir, para uma seleção das músicas a abordar, movimento necessário dado o tamanho da obra, constituída por doze álbuns. Este acervo foi totalmente remasterizado em 2010 e lançado no mercado sob o título de Caixa Preta de Itamar Assumpção. Iniciamos o procedimento de configuração do acontecer clínico tomando em consideração a obra “Petrobrás – Porque Eu Não Pensei Nisso Antes” (1998) de autoria do compositor Itamar Assumpção, para, num primeiro momento, selecionarmos as músicas que tematizam o “ser negro” em suas letras, com o objetivo de analisar como se dá a tomada de posição frente ao racismo. Posteriormente, a fim de completar o procedimento de configuração do acontecer clínico, as canções selecionadas foram escutadas em estado de atenção flutuante.

Em seguida, adotamos, como procedimento de registro do acontecer clínico a elaboração de textos de impactos contratransferenciais, em que registramos as impressões, ideias, memórias, ressonâncias afetivas e os impactos contratransferenciais gerados a partir do encontro com as músicas.

A partir disto, como procedimento de interpretação do material clínico, consideramos psicanaliticamente os textos de impactos contratransferenciais, tendo em vista a produção de campos de sentido afetivo-emocional, a partir dos quais emergem as dramáticas humanas expressas nas canções. Nesta fase, consideramos as produções que tematizaram o “ser negro” à luz das seguintes palavras de ordem metodológicas: “deixar que surja”, “tomar em consideração” e “completar a configuração de sentido” (Herrmann, 1979). Deste modo, podemos chegar à “criação/encontro” de campos de sentido afetivo-emocional.

Por fim, realizaremos interlocuções reflexivas a partir dos campos criados/encontrados através do diálogo com teóricos que tematizam a questão do racismo, sejam eles psicanalistas ou não.

Campos de Sentido Afetivo-Emocional

O álbum “Petrobrás – Porque eu não pensei nisso antes” contém as seguintes composições: Cultura Lira paulistana, Abobrinhas não, Vá cuidar da sua vida (não é de

autoria do Itamar), Pretobrás, Extraordinário, Vida de artista, Dor elegante, Pöltinglen, Vou de Vai-vai, Por que eu não pensei nisso antes, Apaixonite aguda, Já Que Tem Que, Outras Capitais, Ich liebe Dich, Elke Maravilha, Olho no Olho, Reengenharia, Pesadelo, Amigo Arrigo, Deus Te Preteje e Queiram ou Não Queiram. Dentre essas, apenas Vá cuidar de sua vida não é de autoria de Itamar Assumpção, mas de Geraldo Filme, motivo pelo qual não a consideramos em nosso estudo.

Dentre essas, as seguintes tematizam manifestamente o ser negro: Pretobrás, Extraordinário, Vida de Artista, Deus Te Preteje e Queiram ou Não Queiram. Quando as tomamos à luz do método psicanalítico, com vistas à produção de interpretações, chegamos aos seguintes campos de sentido afetivo-emocional: “Violência Despersonalizadora” e “Reinvenção à Martelada”.

Designamos, sob a denominação “Violência Despersonalizadora”, um campo de sentido afetivo-emocional que se organiza a partir da percepção de que os negros são tratados de modo violento que os atinge física, emocional e culturalmente.

Designamos, sob a denominação “Reinvenção à Martelada” um campo de sentido afetivo-emocional que se organiza a partir da crença de o negro é capaz de reagir à violência que o atinge.

Interlocuções Reflexivas

Podemos pensar os dois campos articuladamente, como modos de problematizar o papel, lugar e possibilidades do negro na modernidade, especialmente a brasileira. Se, por um lado, há uma evidente constatação e denúncia do processo de violência que caracterizou a diáspora africana nas Américas, em um contexto de colonização, escravidão e racismo – este último persistindo mesmo após os processos de abolição e instauração de nações republicanas e formalmente democráticas – há por outro lado uma afirmação e

investigação das possibilidades de resistência e criação culturais e existenciais que os negros souberam levar a cabo nesse processo histórico.

O campo “Violência Despersonalizadora” vincula-se, visivelmente, a posicionamentos de denúncia de que a violência contra o negro não esteve – nem está - historicamente restrita à espoliação econômica, mas se concretizou e concretiza também como opressão cultural e subjetiva. Podemos relacionar o campo às considerações de Fanon (2005, 2008) e Memmi (2007), autores que tematizaram o drama e efeitos psicológicos individuais e coletivos resultantes do processo colonial. Esses autores se detiveram com especial atenção no uso sistemático da violência como modo de destruição das tradições, língua e modos de ser e produzir sentidos do colonizado, e o constante colocar em dúvida de sua condição de humanidade, levando a processos de despersonalização e afetando até os recessos considerados mais íntimos da experiência emocional humana, como o campo familiar e das relações amorosas, o próprio corpo e a relação com a cidade e a história coletiva. Tudo isso, obviamente, causando intensas formas de sofrimento social que se expressam através de processos de despersonalização. Podemos perceber ressonâncias dessa questão nas composições de Itamar Assumpção, que se posiciona contrariamente ao mito de uma escravidão suave no país, em que processos de acomodação e assimilação teriam predominado sobre os conflitos (Freyre, 2006), o que teria uma das bases par o advento de uma “democracia racial” e ausência de preconceito racial na nação. As composições de Assumpção, ao contrário, são categóricas na denúncia da violência, como podemos observar nas composições “Deus te Preteje”, “Pretrobrás” e “Extraordinário”, chamando a atenção para a intensidade desta, que engloba desde riscos à própria vida quando a destituição da capacidade expressiva e comunicativa, através da expropriação da linguagem.

Tais considerações, no entanto, não se esgotam em uma posição de passividade ou de aceitação de um processo de vitimização, como podemos perceber no segundo campo criado/encontrado “Reinvenção à Martelada”. Como expresso na música “Deus te Preteje” as “marteladas” dadas pelo colonizador não destruíram o negro e sua capacidade de criação, pois este soube resistir e se manter inventivo: “Ele foi inventando/ Mi sá negro de crivão/ Hoje Gigante Negão!”. Se, por exemplo, os escravizados foram perdendo as

línguas africanas e tendo que dominar novos códigos sociais e comunicativos, souberam, mesmo assim, preservar uma base cultural e histórica singular para a produção de novas sonoridades e poéticas, capazes de continuamente ressignificar sua condição política e existencial, produzindo novos modos de ser.

E aqui faz-se fundamental assinalar que, na obra de Assumpção, podemos destacar uma postura que entende a negritude como uma condição aberta e inventiva, voltada para a construção o futuro, ainda que em momento algum negando sua condição e herança, mas interpretando-a como uma matriz aberta e relacional, desde uma concepção experimental de arte (Silva, 2002). Neste sentido, busca não uma volta às origens ou preservação de uma suposta pureza ou essência – moral, cultural ou psicológica – negra, mas tampouco se rende a uma miscigenação embranquecedora de sua arte. Ainda aqui, podemos destacar as considerações de Fanon (2005, 2008) e Memmi (2007) de que a superação do colonialismo e racismo não se daria por um retorno a uma tradição fossilizada – ainda um reflexo da imagem que o colonizador fazia da cultura do colonizado, visto como um ser “sem história” – mas de uma abertura ao futuro que não negasse a própria proveniência ou hierarquizasse as diferentes culturas, mas se nutrisse da diversidade. Tal concepção foi também desenvolvida por teóricos contemporâneos da diáspora negra como Stuart Hall (2009) e Paul Gilroy (2001), e pelos teóricos que trabalham com o conceito de colonialidade, que advogam que a descolonização política, epistêmica e existencial deve ser um processo que crie um mundo transmoderno, global e diverso (Mignolo, 2002, 2010; Maldonado-Torres, 2007, 2008).

Em conclusão, podemos apontar que o quadro geral indica, portanto, que os imaginários coletivos expressos permitem perceber que o artista se apresenta diante do brasileiro – afrodescendente ou não - para um diálogo que provoca e exige profundo reexame de velhos posicionamentos que podem concorrer para a manutenção deste fenômeno singular que é o racismo à brasileira, tanto no que se refere à denúncia da violência da colonização e da discriminação racial, quanto à exaltação da capacidade de resistência e invenção do negro

Referências Bibliográficas

Aiello-Fernandes, R. “Da entrada de serviço ao elevador social”: Racismo e Sofrimento. 2013. 138f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2013.

Alencastro, L.F. (2010) O Trato dos Viventes – Formação do Brasil no Atlântico Sul. São Paulo. Editora Schwarcz.

Andrews, G.R.(1997) Democracia Racial Brasileira 1900 – 1990: um Contraponto Americano. Estudos Avançados 11 (30), 96 - 115.

Arós, A.C.S.P.C. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2009). Clube da luta: sofrimentos radicais na sociedade contemporânea. Psicologia: Teoria e Prática, 11 (2), 3-16. Bleger (1958; 1963)

Bicudo, Virgínia Leone (2010). Atitudes Raciais de Pretos e Mulatos em São Paulo. Edição organizada por Marcos Chor Maio. São Paulo, Editora Sociologia e Política.

Bleger, J. (1958) Psicoanálisis y dialectica materialista. Buenos Aires, Nueva Vision, edição de 2003.

Bleger, J. (1963) Psicologia de la Conduta. Buenos Aires, Paidós, edição de 2007

Corbett, E. ; Aiello-Fernandes, R. ; Figueiredo, P. e Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2012). Jean Charles e o preconceito contra imigrantes: considerações psicanalíticas preliminares. Anais da X Jornada Apoiar: Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social 20 anos - o percurso e o futuro. São Paulo: IP/USP 1, 266- 271.

Fanon, F.(2008) *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA.

Fanon, F (2005). *Os Condenados da Terra*. Rio de Janeiro: UFJF

Figueiredo, P. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2012). “Em caso de dúvida, atire”: imaginário coletivo sobre adolescência e juventude em produções cinematográficas brasileiras. Campinas, PUC-Campinas Anais do XVII Encontro de Iniciação Científica. Disponível em: http://www.puccampinas.edu.br/websist/Rep/Sic08/Resumo/2012821_183749_323823635_resris.pdf

Figueiredo, P. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013a) *Abordagem Psicanalítica de Imaginários Coletivos sobre (DES) Esperança em Canções da Música Popular Brasileira: CHICO BUARQUE*. In: XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação, 2013, Campinas. Anais-XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação. Campinas: PUC-Campinas,

Figueiredo, P. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013b) *Abordagem Psicanalítica de Imaginários Coletivos sobre(DES) Esperança em Canções da Música Popular Brasileira: RENATO RUSSO*. In: XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação, 2013, Campinas. Anais do XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação. Campinas: PUC-Campinas,

Freyre, G. (2006). *Casa Grande e Senzala – Formação da Família Brasileira Sob o Regime da Economia Patriarcal*. Recife. Global Editora. Original de 1933.

Gilroy, P. (2001) *O atlântico Negro – modernidade e dupla consciência*. São Paulo – Sp, Brasil, Editora 34

Guimarães, A.S.A. (2012) Cidadania e retóricas negras de inclusão social. Lua Nova, São Paulo, v.85, p.13-40.

Guimarães, A.S.A (2004). Preconceito de Cor e Racismo no Brasil. Revista de Antropologia, São Paulo, USP, 47, 9-43.

Hall, S. (2009) Da diáspora: identidades e mediações culturais. Belo Horizonte, Editora UFMG

Herrmann, F. (1979). O Método da Psicanálise. Editora Brasiliense. São Paulo.

Hofsbauer, A. (2003). O Conceito de “Raça” e o Ideário Do Branqueamento no Século XIX – Bases Ideológicas do Racismo Brasileiro. Teoria e Pesquisa, 63 -110.

Leao, T. S. e Aiello-Vaisberg, T. M. J. A. (2013). Abordagem Psicanalítica de Imaginários Coletivos sobre (DES) Esperança em Canções da Música Popular Brasileira: CAZUZA. In: XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação, 2013, Campinas. Anais-XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação. Campinas: PUC-Campinas,.

Maio, M. C. (2010) Educação sanitária, estudos de atitudes raciais e psicanálise na trajetória de Virgínia Leone Bicudo, Cadernos Pagu

Maio, M. C. (2015) Medindo o preconceito racial no Brasil: Aniela Ginsberg e o estudo das atitudes raciais. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental

Memmi, A. (2007) Retrato do Colonizado, Precedido do Retrato do Colonizador. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira

Montezi, A.V., Barcelos, T.F., Ambrosio, F.F. e Aiello-Vaisberg, T. M.J. (2013). Imaginário social sobre adolescência no cinema brasileiro. Psicologia em Revista.

Nogueira, Izildinha Baptista (1998). Significações do corpo negro. São Paulo: USP. Tese de Doutorado.

Oliveira, A.C.S. e Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2013). Abordagem Psicanalítica de Imaginários Coletivos sobre (DES) Esperança em Canções da Música Popular Brasileira: Adoniran Barbosa. In: XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação, 2013, Campinas. Anais do XVIII Encontro de Iniciação Científica e III Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação. Campinas: PUC-Campinas.

Politzer, G. (1928). Crítica dos Fundamentos da Psicologia: a Psicologia e a Psicanálise. Editorial Unimep, edição de 2004.

Schwarcz, L. M. (1994). Espetáculo da Miscigenação. Estudos Avançados 8(20), 137 – 152.

Silva, R.C.C. (2002). Singular e plural: os vários "eus" de Bebelê: uma análise da performance como linguagem nos primeiros discos de Itamar Assumpção. São Paulo: Usp. Dissertação de Mestrado

Skidmore, T.E. (1991). Fato e Mito: Descobrimos um Problema Racial no Brasil. Cadernos de Pesquisas. São Paulo, 79, 5-16.

Souza, Neusa Santos (1991). Tornar-se negro: as vicissitudes de identidade do negro brasileiro em ascensão social. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal.

PROGRAMAS DE OUTRAS UNIDADES

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

A ESTRUTURAÇÃO DO *SETTING* NO SETOR DE ORTOPEDIA DE UM HOSPITAL GERAL

Lilian Regiane de Souza Costa ⁵³.

Valeria Barbieri⁵⁴

RESUMO

O trabalho do psicólogo hospitalar, a partir do referencial psicanalítico, envolve associação livre e escuta. Entretanto, diferente do que ocorre no consultório, no hospital, é necessário flexibilidade diante da instabilidade do *setting* terapêutico. Esse estudo objetivou refletir acerca da estruturação do *setting* no atendimento inicial realizado junto a uma paciente no setor de Ortopedia de um hospital geral. A paciente Hellen (nome fictício, 33 anos) estava em tratamento havia seis meses. Em decorrência de fraturas, Hellen permaneceu apenas deitada durante todo o seguimento. Foi encaminhada para o serviço de Psicologia quando estava treinando voltar a sentar. O *setting* foi estruturado de modo que o atendimento psicológico acontecesse enquanto estivesse sentada. Observou-se que a oferta de um espaço de escuta colaborou para que a paciente conseguisse falar sobre suas angústias e aspirações. As interrupções e a falta de privacidade do local dificultaram as associações livres, porém foram utilizadas de modo a colaborar com a expressão e compreensão dos conflitos vivenciados pela paciente. Em um contexto que envolve peculiaridades na locomoção e na imagem corporal dos pacientes como a clínica ortopédica, a organização do *setting* necessita ser ainda mais cautelosa, considerando não somente as limitações, mas também possibilidades dos pacientes.

Palavras-chave: Psicologia Hospitalar; *setting*; psicanálise; clínica psicanalítica.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

⁵³ Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão, Universidade de São Paulo – FFCLRP-USP. Email: liliancostapsico@gmail.com

⁵⁴ Professora Doutora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão, Universidade de São Paulo – FFCLRP-USP. Email: valeriab@ffcrp.usp.br.

Na obra freudiana, dentre as genialidades do autor, destaca-se sua preocupação em, além de desenvolver uma complexa teoria acerca do desenvolvimento psíquico do ser humano, fornecer fundamentos para que essa teoria seja aplicável e tenha efeitos terapêuticos (Freud, 1923).

A partir da relação terapêutica estabelecida com seus pacientes, Freud buscava compreender a etiologia das queixas trazidas por eles, o que o permitiu lançar suas explicações sobre o surgimento da histeria, por exemplo. Dessa forma, ele fez o caminho inverso do comumente realizado até então: foi através do desenvolvimento da técnica e da terapêutica que o autor construiu sua teoria (Mezam, 2000).

Com base nessa estratégia de trabalho, Freud optou por colocar o paciente em uma posição central no tratamento, considerando-o como a principal fonte de informações sobre suas próprias angústias e desejos. Apesar de aparentemente óbvio, até então, a perspectiva clínica deixava o paciente em uma posição passiva, sendo abordado apenas para fins de observação, que deveria ser controlada e minuciosa, já que sua escuta poderia enviesar o diagnóstico (Dunker, 2010).

Para Dunker (2010), o pioneirismo de Freud na construção da sua teoria e técnica o tornou um dos principais propulsores da clínica atual, que enfatiza a necessidade de considerar o paciente como alguém ativo, o que, inclusive, leva muitos a julgarem inapropriada a palavra “paciente”.

Moreira, Romagnoli e Neves (2007, p. 612) consideram que a clínica psicanalítica provocou um deslocamento do saber, “nesse processo, o analista é um mero facilitador, já que, na condução do tratamento, ele apenas aponta o caminho e o paciente não apenas ouve, como se fosse uma prescrição médica, mas elabora e encontra sua verdade no próprio inconsciente”.

Além de colocar o paciente como alguém ativo no seu próprio tratamento, Freud também se dedicou nos estudos de fatores não-verbais que podem influenciar o percurso terapêutico. Dentre eles destacam-se aspectos da relação terapeuta-paciente, como a transferência e a contratransferência, o contrato e o *setting* (Freud, 1923). Todavia, a maior atenção do autor foi dada ao papel da interpretação como ferramenta crucial para a resolução dos conflitos vivenciados pelo paciente. Com o desenvolvimento do pensamento psicanalítico, autores como Winnicott, cada vez relativizam a necessidade da função interpretativa e destacam a importância do terapeuta se atentar a fatores ambientais e a relação terapeuta-paciente (Zimmerman, 1999).

De acordo com Zimerman (1999), o *setting* ou enquadre pode ser entendido como a somatória dos fatores que possibilitam o processo terapêutico, que inclui o contrato terapêutico, a organização do espaço físico, o pagamento dos honorários, dentre outros aspectos que estruturam a relação terapeuta-paciente. Para o autor, o *setting* atua como um dos fatores terapêuticos da clínica psicanalítica, pois dependendo do modo como ele é estruturado, “possibilita ao analisando trazer os seus aspectos infantis no vínculo transferencial e, ao mesmo tempo, poder usar a sua parte adulta para ajudar o crescimento daquelas partes infantis” (p. 301).

A necessidade de se considerar a participação do *setting* no processo terapêutico se dá independente de onde o trabalho do psicólogo/psicanalista é construído. Entretanto, no contexto hospitalar, o modo como ele é estruturado pode assumir características peculiares quando comparadas aos pressupostos iniciais estabelecidos por Freud. Nas palavras de Simonetti (2015, p. 195), “quando entrou no hospital o psicanalista deixou para trás sua poltrona, o divã, a privacidade e o silêncio do seu gabinete”.

A prática do psicólogo dentro do hospital geral é recente, foi apenas a partir dos anos 1950 que ocorreram os primeiros registros da inserção do psicólogo no contexto hospitalar. No ano de 1997, foi criada a Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar e somente no ano 2000 a Psicologia Hospitalar foi considerada como uma das especialidades do psicólogo (Ismael, 2010).

Até hoje, são poucas as contribuições teóricas e técnicas que instrumentalizam o psicólogo para atuar no contexto hospitalar. São ainda mais raros os estudos que embasam o trabalho do psicólogo hospitalar a partir da perspectiva psicanalítica. Com isso, frequentemente, ainda são observadas tentativas da transposição de estratégias do trabalho do psicólogo em consultórios para o contexto hospitalar (Simonetti, 2004).

Contudo, Simonetti (2004) destaca uma das grandes diferenças que inviabiliza essa simples transposição: no hospital, o psicólogo tem o papel fundamental de colaborar com o processo de enfrentamento do adoecimento e tratamento, que leva a variações cruciais na técnica. Para o autor, “a tentativa de transposição direta da técnica de atendimento do consultório para o hospital é garantia de fracasso e frustração” (Simonetti, 2015, p. 196).

Apesar das diferenças provocadas pela mudança de *setting*, alguns pressupostos da teoria psicanalítica se mantêm independente do contexto de

trabalho, Simonetti (2015) destaca dois: a livre associação e a escuta. Assim, mesmo diante das variações do espaço físico e contrato, em um contexto que talvez ainda não esteja preparado para considerar o paciente como alguém ativo e que viabilize sua escuta, o psicólogo necessita encontrar estratégias de trabalho que permitam que ele fale livremente e que seja ouvido.

Para Tardivo (2008), a clínica precisa ser considerada como uma abordagem, não como uma área de atuação do psicólogo. Dessa forma, para a autora, características da abordagem clínica, como aquelas já descritas por Freud, são cruciais de serem utilizadas pelo psicólogo em qualquer lugar de atuação.

Dentre os pontos que o psicólogo deve se atentar ao atuar a partir da abordagem clínica, Tardivo (2008) ressalta o olhar para as relações estabelecidas pelo paciente, inclusive aquela desenvolvida no encontro com ele e com o tratamento. Segundo a autora, o psicólogo tem no “encontro” com o paciente uma das suas principais ferramentas de trabalho, por meio dele que poderá colaborar para que o paciente busque estratégias de enfrentamento para o sofrimento vivenciado. Para que esse encontro seja possível, Simonetti (2015) ressalta a necessidade de construção de um espaço seguro e protegido, mas que, muitas vezes, no hospital, esse espaço pode ser construído, inclusive, na sala de espera.

A partir das considerações acerca da abordagem clínica no trabalho do psicólogo hospitalar, o presente estudo teve como objetivo refletir sobre o papel *setting* terapêutico no contexto hospitalar, a partir do relato de um caso.

MATERIAL CLÍNICO

O relato a seguir se refere ao atendimento inicial realizado com a paciente Hellen (nome fictício, 33 anos), que estava em tratamento junto à equipe de Ortopedia de um hospital público localizado no interior do Estado de São Paulo, há aproximadamente seis meses. O início do tratamento se deu após um acidente no trânsito, no qual Hellen conduzia uma moto e colidiu com um automóvel. Dentre as fraturas sofridas durante o acidente, a que mais trouxe complicações foi uma fratura exposta no fêmur. Hellen relatou que, desde então, havia realizado doze procedimentos cirúrgicos nessa região, a maioria por conta de infecção hospitalar.

Na ocasião desse atendimento, Hellen estava internada havia oito dias, para realização de uma nova cirurgia (retirada de fixador externo) e tratamento com antibiótico. No dia anterior, Hellen foi encaminhada para atendimento psicológico porque havia se mostrado chorosa, com dificuldades de adesão aos exercícios fisioterápicos propostos. Após seis meses apenas deitada, equipe estava propondo que ela permanecesse sentada e retornasse a deambular.

No início do contato, Hellen se mostrou receptiva, porém com expressão de extremo cansaço e dor intensa. Nesse momento, o fisioterapeuta havia acabado de auxiliá-la a sentar (foi organizado para que o atendimento psicológico ocorresse nesse momento). Logo no começo, ela se queixou de mal-estar e dor na coluna. Com o decorrer do contato, mostrou-se menos queixosa. Além da expressão cansada, chamou a atenção a apresentação corporal da paciente, principalmente pela obesidade (segundo dados do prontuário seu IMC era 39,9kg/m², porém equipe referiu ganho de peso após a data que foi calculado).

A seguir, tem-se alguns trechos do atendimento realizado com a paciente, transcritos de memória (H: Hellen, P: Psicóloga).

(...)

H: Eu tenho duas filhas.

P: E quantos anos elas têm?

H: Tenho uma de 16 e outra de quatro anos.

P: E você mora com elas?

H: Sim e com meus pais, morávamos na chácara e agora tivemos que mudar para a cidade para facilitar para fazer tratamento.

P: E você tem contato com o pai delas?

H: São pais diferentes, o pai da mais nova, desde quando eu engravidei, foi trabalhar na Bahia, a família dele é de lá, nunca mais voltou, ele sabia que eu estava grávida e nunca mais nem perguntou da menina, mas já fiquei sabendo que casou com outra, engravidou e também abandonou, parece que não tem amor nas pessoas... Esses dias, daqui eu acabei descobrindo o telefone dele e liguei, ele nem sabia se era menino ou menina, ainda veio pedir para mandar foto da menina, eu falei que ele nunca quis saber, porque queria foto? Nunca ajudou em nada... Só não fiquei falando mais nada, não briguei mais porque vai que um dia ela queira saber do pai, ela tem direito, né? Ela tem direito de saber quem é o pai...

H: E vocês estavam juntos na época que ele foi?

P: Sim, nós morávamos juntos, fazia uns cinco anos, ele até foi comigo quando descobri a gravidez, estava de dois meses, mas nunca tive contato com a família dele porque moravam longe...

P: Mas que bom que você está conseguindo estar junto dela, não desistiu da sua gravidez e parece que ela é muito importante pra você (paciente se emociona muito nesse momento).

H: Só fico triste que estou desse jeito, principalmente por ela, porque até eu sofrer o acidente, ela mamava no meu peito, eu sei que tinha que parar, mas não precisava ser assim...

P: Quantos anos ela tinha quando sofreu o acidente?

H: Três anos e meio... (...) Ela é muito apegada comigo, só é difícil agora que eu estou aqui, quando minha mãe vem me trazer pra consulta, ela não quer deixar, chora...

Nesse momento, funcionária da copa interrompeu, veio realizar a troca de água da paciente, quando chamou sua atenção por ela não ter avisado que era diabética (o sistema estava errado e todos esses dias sua dieta estava vindo com açúcar). Ela disse que não havia percebido, mas imaginou que o sistema estava correto. Quando a funcionária da copa saiu, ela me falou:

H: Mas o diabético também precisa comer um pouco de açúcar, não pode ficar totalmente sem.

P: E você sente vontade de comer doce?

H: Acredita que até o dia que descobri que tinha diabetes, quase não ligava para doce, era mais salgado, pão, essas coisas... Depois, começou a me dar mais vontade de doce.

P: E quanto tempo que descobriu?

H: Faz tempo...

(...)

DISCUSSÃO

O relato do caso apresentado, apesar de breve, fornece importantes indícios sobre a construção do *setting* terapêutico dentro do contexto hospitalar. Ressalta-se que o atendimento foi realizado em uma enfermaria, que contava com mais quatro pacientes internados; além de ter sido no período da manhã, quando são realizados vários procedimentos da rotina hospitalar, como o banho e a troca da água. Dessa

forma, o que é entendido por privacidade no consultório já não existia no contexto desse atendimento (Zimerman, 1999).

Os dados permitem observar que muitas das características do *setting* no cenário hospitalar ultrapassam a possibilidade de controle tanto do terapeuta, como do paciente, o que é extremamente compreensível quando se lembra que o motivo do acompanhamento hospitalar é o adoecimento do corpo, que precisa ser priorizado através do respeito, por exemplo, à rotina dos procedimentos da enfermagem e do atendimento médico.

Contudo, apesar da necessidade de flexibilização, existe a possibilidade de estruturar certos aspectos do *setting* de modo que ele se torne um facilitador dos objetivos visados com o atendimento psicológico (Simonetti, 2015). Nesse caso, por exemplo, o atendimento foi organizado para acontecer quando a paciente estivesse sentada, com o intuito de avaliar seus recursos para aderir ao tratamento proposto e colaborar com o seu enfrentamento diante dessa nova dificuldade.

Assim, destaca-se o fato de que, no hospital, além de considerar as características do próprio local, é preciso considerar os limites e possibilidades do próprio paciente, que, em um contexto como o setor de Ortopedia, no qual a maioria dos pacientes vivencia condições diferenciadas de locomoção e posicionamento corporal, a organização do *setting* de atendimento deve ser ainda mais cuidadosa.

É interessante que, no início do atendimento, Hellen se mostrou extremamente queixosa em relação ao fato de estar sentada, o que é perfeitamente compreensível ao refletir sobre os significados emocionais e físicos dessa nova posição, após permanecer seis meses apenas deitada. Entretanto, foi possível perceber que com o decorrer do atendimento, demonstrou maior aceitação e disponibilidade. Pode-se pensar que a oferta de um espaço de escuta e acolhimento do sofrimento sentido naquele momento tenha contribuído para o processo de enfrentamento, algo que foi inclusive mencionado por ela.

No relato descrito, ressalta-se as interrupções vivenciadas pela dupla ao longo do encontro entre as duas, o que limita as condições de privacidade. Contudo, é ressaltar a tentativa de que, no momento das interrupções, o conteúdo exposto pela paciente fosse protegido, de modo que houve uma pausa na conversa, bem como houve respeito às outras demandas do contexto hospitalar. É interessante que, muito mais do que se apresentarem como um empecilho, as interferências do ambiente

externo contribuíram para ampliar a riqueza do material trazido por Hellen e auxiliaram na compreensão das angústias vivenciadas por ela.

Apesar das limitações na privacidade, que podem trazer prejuízos para que o paciente se sinta seguro para falar livremente, com base nos pressupostos de Simonetti (2015), não existe um roteiro específico a ser abordado, antes e após as interrupções, foi permitido que a paciente falasse, da mesma forma que foi ouvida.

Além disso, ressalta-se que, em um único atendimento com a paciente Hellen, foi possível perceber a atenção a diferentes relações estabelecidas pela paciente, como aquela estabelecida com o acidente sofrido, com o tratamento, com a equipe, com os familiares, além da atenção ao próprio vínculo com a psicóloga. No hospital, muitas vezes, o paciente é acompanhado por pouco tempo, pois rapidamente pode receber alta ou vir a óbito, por exemplo. Nesse sentido, torna-se ainda mais necessário considerar cada encontro com o paciente como único, no qual é necessário que as relações estabelecidas se tornem importantes ferramentas de acesso ao paciente, como esclarece (Tardivo, 2008).

No caso relatado, pode-se inferir que as relações abordadas e o próprio vínculo construído com a psicóloga contribuíram para que Hellen pudesse expressar as angústias vivenciadas, talvez muito mais do que o foco na situação de adoecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização do trabalho, foi possível perceber que os pressupostos da abordagem clínica embasados no pensamento psicanalítico podem trazer importantes contribuições para o trabalho do psicólogo dentro do contexto hospitalar, desde que seja valorizada a possibilidade de encontro com o paciente. As condições do *setting* hospitalar são bastante diferenciadas do consultório, mas é necessário deixar de considerar esse fato como um empecilho. Pelo contrário, torna-se necessário valorizar as condições do próprio ambiente hospitalar como instrumento de auxílio da atenção dada ao paciente.

No presente estudo, a análise realizada focou o modo como se dá a estruturação do *setting*, contudo, é importante ressaltar que a riqueza do caso contribui para a discussão de vários aspectos relacionados ao atendimento psicológico no hospital, bem como para a compreensão de conflitos vivenciados por pacientes em contextos parecidos como o da participante do estudo, que envolvem diferentes aspectos, como acidentes no trânsito, obesidade e dificuldades ortopédicas.

Em muitos desses contextos de atenção à saúde, percebe-se que não se dá grande ênfase à necessidade de atenção aos conflitos emocionais vivenciados pelo paciente, bem como à necessidade de serem ouvidos. Por exemplo, são raros os serviços hospitalares que contam com a presença do psicólogo no setor de Ortopedia. O material clínico exposto evidencia que, para além das fraturas sofridas, existe uma série de angústias relacionadas à percepção de si e da sua imagem corporal que influenciam diretamente o modo como a participante enfrentava o adoecimento e o processo de tratamento.

REFERÊNCIAS

- Dunker, C. I. L. (2011). *Estrutura e constituição da clínica psicanalítica*. São Paulo: Annablume.
- Freud, S. (1923). Dois verbetes de enciclopédia. In: Edição standard das obras completas de Sigmund Freud. Trad. Sob a direção geral de Salomão. J. Rio de Janeiro: Imago, 1976, v. XVIII. P. 285-307.
- Ismael, S. M. C. A. (2010). *A prática psicológica e sua interface com as doenças*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mezan, R. (2000). Sigmund Freud: a conquista do proibido.
- Moreira, J. O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O Surgimento da Clínica Psicológica: Da Prática Curativa aos Dispositivos da Saúde. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(4), 608-621.
- Racker, H. (1982). *Estudos sobre técnica psicanalítica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Simonetti, A. (2004). *Manual de Psicologia Hospitalar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____ (2015). *Psicologia Hospitalar e Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tardivo, L. C. (2008). O encontro com o sofrimento psíquico da pessoa enferma. In: Lange, E. S. N. (2008). *Contribuições à Psicologia Hospitalar: desafios e paradigmas*. São Paulo: Vetor.

TENDÊNCIA ANTISSOCIAL EM MENINAS: PARENTALIDADE E DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL

Ana Beatriz Paschoalato Di Nardo⁵⁵

Valéria Barbieri⁵⁶

RESUMO

É considerada unânime na literatura científica a importância do contexto familiar na compreensão do comportamento antissocial infantil. O objetivo deste estudo é compreender a relação entre a maneira como os pais vivenciam suas experiências parentais e associá-la ao desenvolvimento emocional de meninas com tendência antissocial. Trata-se de uma investigação qualitativa, descritiva e exploratória. Foi convidada uma família com uma criança do sexo feminino que apresentasse comportamentos compatíveis com a descrição da tendência antissocial. Foram realizados 4 encontros: um encontro com ambos os pais; um encontro somente com o pai e outro somente com a mãe; um encontro somente com a criança. Foi utilizado como mediador da comunicação um instrumento projetivo, o Teste de Apercepção Temática Infantil (CAT-A). Efetuou-se uma interpretação psicanalítica do material obtido no contato com a mãe, com o pai, e com a criança e, por fim, uma síntese da tríade. Em relação à experiência parental, os pais relataram momentos de privação na vida da criança, dificuldades para aproximar-se emocionalmente da filha e de compreender suas necessidades. Eles oferecem para criança uma compreensão racional dos afetos, favorecendo os mecanismos de intelectualização, não auxiliando-a a criar uma função mental de elaboração de suas ansiedades, mas apenas de evitação delas. Essa compreensão racional leva ao sufocamento de seus afetos e subjaz aos sintomas da tendência antissocial.

⁵⁵ Universidade de São Paulo – Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP) anabeatriz.dinardo@gmail.com

⁵⁶ Professora Doutora da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP-USP)

PALAVRAS CHAVE: Tendência antissocial, Família, Psicanálise, Técnicas projetivas.

INTRODUÇÃO

A importância da família no desenvolvimento emocional da criança é amplamente reconhecida. De acordo com Soifer (1982), a família tem funções para com a criança, cabendo a ela ensinar o cuidado físico, a atividade produtiva e recreativa, a inserção profissional e os relacionamentos dentro e fora do contexto familiar. Winnicott (1965/2011) vai ao encontro dessa perspectiva, alegando que é o ambiente que torna possível o amadurecimento da criança; assim, sem uma confiabilidade ambiental mínima, o crescimento pessoal não pode acontecer, ou acontece com distorções. De acordo com ele, no universo psicológico, Winnicott, existe uma tendência inata ao desenvolvimento, que engloba a aquisição paulatina de certas funções, tanto físicas (como o aprender os primeiros passos e as primeiras palavras) quanto psicológicas. No entanto, isso não acontece na ausência de condições suficientemente boas. Winnicott (1945/2005) partindo de observações clínicas na época da Segunda Guerra Mundial, ao presenciar situações de separação entre familiares, ampliou a compreensão da importância da família, considerando-a “sustentadora emocional” do desenvolvimento saudável das crianças, dando enfoque à relação do bebê com uma mãe (ou figura substituta) que lhe proporcione os cuidados físicos e afetivos necessários. Para ele, há uma progressão complexa no desenvolvimento dos impulsos instintivos constituintes de cada criança, uma vez que cada estágio do desenvolvimento apresenta conflitos próprios, ainda que existam bons cuidados despendidos pelo ambiente. Sendo assim, a natureza do bom cuidado consiste, sobretudo, em oferecer a cada criança um conjunto de condições para que ela possa elaborar o que lhe é específico em cada etapa de desenvolvimento (Winnicott, 1965/2011).

De acordo com Winnicott (1965/2011), cada criança requer que seus cuidadores se adaptem de modo específico às suas necessidades. Isso significa que aquele que cuida de uma criança deve conhecê-la e trabalhar com base numa relação viva e pessoal com ela, e não a partir de práticas mecânicas e esvaziadas de sentido, que desconsideram as particularidades daquele que requer cuidado. Isso revela a importância do sentido que os cuidados oferecidos às crianças assumem em cada contexto, e não simplesmente das práticas exercidas em si.

Com isso, um olhar para os cuidados recebidos do ambiente familiar é de grande relevância nas intervenções psicoterápicas (Barbieri & Pavelqueires, 2012), e também nas psicopatologias em que a literatura já mostrou claramente a participação da família na sua etiologia e manutenção, como na tendência antissocial. As teorias psicanalíticas contribuem de maneira significativa para a compreensão da relação entre o desenvolvimento de comportamentos antissociais e a dinâmica familiar da criança.

Para Winnicott (1956/2005), a tendência antissocial não é um diagnóstico, pois não se pode compará-la com a neurose ou a psicose. Em um momento passado, a mãe correspondeu às necessidades da criança, tornando-se, dessa forma, o objeto que esta queria encontrar. Assim, a criança com tendência antissocial sofreu de uma privação, na medida em que a presença (da mãe) um dia de fato aconteceu; houve, portanto, um verdadeiro desapossamento, ou seja, em algum momento houve a retirada de algo importante que se estendeu por um período maior do que aquele durante o qual a criança foi capaz de manter viva a memória da experiência. Essa de-privação pode passar despercebida pelo meio, mas a criança privada foi destituída de algum aspecto essencial de sua vida familiar. Faz parte das características da tendência antissocial o fato de que essa deficiência, falha ou retirada repentina dos cuidados fornecidos para a criança, tenha acontecido em um momento do amadurecimento no qual ela já tem noção de que a falha foi ambiental (Bueno, Mishima & Barbieri, 2010). O conhecimento de que a causa é externa e não interna, segundo Winnicott (1956/2005), é responsável pela distorção da personalidade e pelo impulso para buscar ajuda através dos suprimentos ambientais. Assim, ela caracteriza-se por um elemento que compele o meio ambiente a ser importante, ou seja, o indivíduo, através de pulsões inconscientes, compele alguém a encarregar-se de seus cuidados. É importante ressaltar a relação entre a esperança e o ato antissocial propriamente dito, uma vez que, de acordo com Winnicott (1956/2005), é no período em que o sentimento de esperança surge que a criança manifesta essa tendência. Assim, ao ter um momento de esperança, a criança: percebe um novo ambiente que possui elementos de confiabilidade; após, experimenta um impulso que poderia ser chamado de busca do objeto; reconhece o fato de que a implacabilidade está prestes a tornar-se uma característica marcante,

e assim, agita o ambiente num esforço para alertá-lo para o perigo e para organizá-lo de maneira que tolere o incômodo.

JUSTIFICATIVA

Considerando a importância da vida afetiva familiar para o desenvolvimento emocional da criança, elegeu-se a experiência da parentalidade como alvo de investigação para a compreensão do complexo processo de surgimento e manutenção da tendência antissocial infantil. Uma vez que o desenvolvimento do Self da criança ocorre a partir das experiências relacionais que ela tem junto aos pais, o conhecimento sobre a maneira como eles vivem a parentalidade seria mais relevante para a compreensão de como se processa o amadurecimento emocional infantil na normalidade ou nas patologias, do que simplesmente as práticas educativas que ele empregam ou os estilos parentais que adotam (Barbieri, 2015).

OBJETIVO

Este estudo tem por objetivo compreender a maneira pela qual os pais vivenciam suas experiências parentais e associá-la ao desenvolvimento do Self de uma menina com tendência antissocial.

MÉTODO

Este trabalho consiste em uma investigação qualitativa, descritiva e exploratória. O marco teórico-metodológico utilizado para o estudo é o clínicoqualitativo e o psicanalítico. Com o intuito de viabilizar uma interlocução mais profunda entre pesquisador e participantes, optou-se pelo uso de um canal de comunicação, no caso, um instrumento projetivo. Nessas condições de mediadores da comunicação, os instrumentos projetivos sofrem alterações em relação às suas formas habituais de uso, pois não são empregados exclusivamente como recurso de avaliação, pois, assim como a aplicação, a interpretação que é feita do encontro em que eles foram utilizados é livre, sem critérios ou roteiros préestabelecidos, buscando integrar os aspectos observados em um contexto global, preconizando o pensamento clínico (Trinca, 1984). Assim como o Jogo dos Rabiscos utilizado por Winnicott (1970/1984), os mediadores da comunicação favorecem a emergência de comunicações emocionais num ambiente sustentado pela gestualidade do terapeuta, e não para chegar a avaliações psicológicas ou intuitos psicodiagnósticos (Tachibana & AielloVaisberg, 2007). O uso de mediadores da comunicação nessas condições tem

se mostrado como recurso enriquecedor do contato entre pesquisador e participante, uma vez que confere maior profundidade à experiência vivida entre os envolvidos (Aiello-Vaisberg, 2004; Tachibana, 2011).

Participou da investigação uma família que tinha uma filha que apresentava comportamentos compatíveis com a descrição da tendência antissocial. A mãe tem 31 anos, é casada e possui ensino superior completo. Sua atuação profissional até recentemente foi como pedagoga, porém, não exerce mais a profissão. Ela possui três filhos, uma menina (a mais velha), e dois outros meninos. Com relação à problemas de saúde física ou mental, Júlia relatou que procurou atendimento psicológico durante a internação de seu marido em uma clínica de reabilitação para dependentes químicos, usufruindo deste por poucos meses. O pai tem 33 anos, é casado, e possui ensino médio completo. Atualmente, na área profissional, exerce um cargo administrativo em uma pequena empresa. Ele possui três filhos. Em relação à problemas de saúde física e mental, já fez uso de um medicamento psiquiátrico, o Rivotril. Apresentou (há quase 6 anos) problemas com álcool, sendo que ficou internado em uma clínica de reabilitação por menos de seis meses, quando fez o uso da medicação. Desde sua saída da clínica, ele não fez mais uso de álcool. A filha do casal é uma menina de 8 anos e 10 meses. Ela está no terceiro ano do ensino fundamental. Em relação à seus outros dois irmãos, a primogênita da família. Seus irmãos são dois meninos, e possuem, 6 anos e 1 ano e meio. A garotinha não apresentou até o momento problemas de saúde física ou mental, nem uso de medicamentos. Seus comportamentos, de acordo com os pais, consistem em desafiar figuras de autoridade (pais e professores), não atender os pedidos e ordens dirigidas a ela, além de agredir fisicamente e verbalmente pessoas de seu convívio social, principalmente um de seus irmãos, o de 6 anos. Foram utilizados os seguintes instrumentos para a coleta de dados: Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP – 2014), a fim de determinar o nível socioeconômico da família participante; Ficha de Saúde Física e Mental para os pais, desenvolvido pelas próprias pesquisadoras, a fim de averiguar se estes apresentavam problemas de saúde mental; Questionário de Capacidades e Dificuldades - Strengths and Difficulties Questionnaire- SDQ elaborado por Goodman (1997) e padronizado para o Brasil por Cury e Golfeto (2003), para rastrear problemas de saúde mental infantil. A inclusão deste questionário teve como

finalidade servir de instrumento de triagem, por meio de identificação de características referentes aos Problemas de Conduta; d) Teste de Apercepção Temática Infantil - CAT-A (Bellak & Bellak, 1949/1981). Neste estudo foram utilizados cinco cartões do CAT-A como mediadores da comunicação, tanto com os pais como com a filha, sendo eles: 1, 2, 3, 4 e 8, escolhidos de acordo com as temáticas latentes que evocam questões relacionadas à alimentação (1), experiências edípicas (2), relação com a autoridade (3), rivalidade fraterna (4) e socialização (8), temáticas essas que são mais compatíveis com a investigação do relacionamento familiar. Os cartões do CAT-A foram utilizados como mediadores de uma entrevista individual realizada com o pai e com a mãe, mediante a seguinte solicitação: “Vou lhe mostrar alguns quadros e gostaria que você, olhando-os, me contasse como foi e como é ser pai/mãe da (nome da criança) nessas situações”. Posteriormente, foi agendado um encontro com a criança, com a apresentação dos mesmos cartões e com a demanda de que ela contasse uma história sobre cada figura apresentada e, ao final, desse um título a ela. Uma vez que a interpretação do material é pautada no conteúdo subjetivo e singular das produções do participante, e não na análise de indicadores formais e normativos, o material obtido foi interpretado de acordo com o método da livre inspeção do material (Trinca, 1984), compondo, assim, uma interpretação dinâmica, utilizando o referencial psicanalítico winnicottiano como background teórico. Após, foi realizada uma síntese da família, visando associar a experiência parental e o desenvolvimento do Self da menina.

RESULTADOS

O material mostra a dificuldade da família para usufruir de encontros espontâneos e verdadeiros, havendo entraves para tanto. A escassez desses encontros afetivos era sofrida por todos, sendo que suas consequências aparecem no dia a dia de cada um de maneira singular: A menina reivindica a presença de seus pais em grande parte do tempo por meio dos comportamentos antissociais o pai está presente na família apenas por meio da imposição rígida da autoridade pela punição física e do provimento material, tendo dificuldades de encontrar uma maneira alternativa de se relacionar; a mãe busca ser vista, como alguém que precisa de ajuda para lidar com seu casamento e com a filha, mas acaba desistindo quando assolada pelo sentimento de impotência ao perceber a situação de sua família como um todo.

Assim, pode-se dizer que existe um sentimento que é compartilhado por todos os membros do círculo familiar: a solidão.

À luz do pensamento de Winnicott (1956/2005) sobre a tendência antissocial, e, de acordo com o relato da família, pode-se dizer que houve dois períodos nos quais a menina sofreu uma privação emocional: primeiramente, houve uma privação materna com o nascimento de seu irmão, pois a mãe precisou voltar suas atenções para o bebê que chegava, e após, uma privação paterna, com a internação do pai em uma clínica de reabilitação. Ao que parece, as separações físicas e psicológicas das figuras parentais reais ocorreram de maneira abrupta, sem uma transição dos cuidados com a criança nesses dois momentos em que se sentiu descuidada e só. Quando a criança expressa angústia, os pais tendem a oferecer a ela explicações racionais para as suas aflições, apontando saídas, evitando a experiência da dor, mas impedindo, com isso, a elaboração afetiva genuína e o desenvolvimento das capacidades secundárias. Em suma, eles optam por ensiná-la pedagogicamente acerca das angústias e a dor da separação, mas não a ajudam a senti-las e vivê-las verdadeiramente. O relato da garotinha no CAT-A revela esse modo de agir dos pais que ela busca acatar; assim, no quadro 3, a maneira que o leãozinho lida com a morte do leão pai é predominantemente racional, que não abarca uma elaboração dessa situação da morte em termos afetivos (cartão 3), pensando em conteúdos e afirmativas de sua história que pareciam sobrepujar as reais angústias despertadas pela morte; por exemplo, afirmativas de que “não precisa se preocupar com nada”, e de “agradecer a Deus que a mãe ainda está viva”. Ainda, em uma de suas histórias é oferecido “pão” quando o que o personagem realmente deseja é “bolacha” (cartão 8), revelando o desencontro entre a necessidade e os recursos do ambiente. Este a força a raciocinar quando o que ela precisa é sentir. Com isso, considera-se que nos momentos de privação, devido às limitações do ambiente, houve uma “invasão” deste, encarnada no “ensino” de elaboração da perda que acarretou, como consequência o sufocamento dos afetos. As falhas ambientais sofridas pela garota parecem ter excedido a sua capacidade de suportá-las, não respeitando o momento do desenvolvimento emocional no qual ela se encontrava. Dada a escassez das experiências de ilusão, bem como a imaturidade do aparato mental da menina, não foi possível, portanto, resguardar dentro de si a memória da companhia de seus pais no momento das privações. Como o ambiente não ecoa a sua criatividade, mas a

priva da satisfação das suas necessidades, ela não pode confiar em si mesma e nem no outro. Ela é então encorajada a ter uma vida falsa, em que os pensamentos e os sentimentos são abafados, sendo necessário usar das defesas maníacas para sobreviver, como a atuação antissocial. Ao que parece, existem vários conflitos que permeiam a vida da família. Do ponto de vista conjugal, o casal aparece muitas vezes fragilizado, distante emocionalmente, correndo o risco de terem seu vínculo rompido, denunciado pelo relato da criança referente às cordas que se rompem no cartão 2 do CATA. Em relação à mãe, ela se sente muito frágil e sozinha para tentar lidar com a filha, pois, quando tenta contê-la, não alcança o êxito desejado, e acaba, assim, desistindo de sua tarefa, e se ocupando da proteção dos demais membros. O relato da mãe também revela a insegurança quanto a ser amada, pela filha, pelo marido, e pela família como um todo, o que provoca nela mesmos sentimentos de solidão e abandono. O pai, por sua vez, teve uma vida muito precária do ponto de vista emocional, o que contribuiu para a sua inabilidade para acessar os próprios sentimentos e angústias, como também a dificuldade para manter contato afetivo mais próximo com o outro. Assim, não consegue compreender, de um ponto de vista não racional, de que maneira a família pode estar envolvida

nos comportamentos da filha, considerando as atitudes da menina como um problema unicamente dela.

DISCUSSÃO

Elementos da história de vida da garotinha como o nascimento de seu irmão e a internação de seu pai, relacionam-se a um desapossamento importante no seu passado. Essas privações e o sentimento de ser “invadida” por uma compreensão racional do ambiente (devido às limitações deste), encarnadas no “ensino” de elaboração de suas perdas, leva ao abafamento e à negação de suas emoções, e, assim, à atuação antissocial. Ainda, as atitudes e comportamento da menina compelem o meio a encarregar-se de seus cuidados, considerando o grande desconforto e turbulência sentidos pelos pais diante da filha, com a finalidade de recuperar dessas figuras o olhar e a presença que um dia foi destituída. Os pais apresentam dificuldades para entrar em contato com seus próprios sentimentos e angústias, e, assim, não conseguem elaborar e pensar sobre estes, o que os leva a vivê-los de uma maneira mais racional e superficial. Essa dificuldade de contato com as próprias emoções também compromete a capacidade de refletirem acerca do que

se passa com a filha em um nível emocional mais profundo. Nessa direção, a busca dos pais por soluções apressadas para a filha lidar com a dor nos momentos das privações não permite que a menina viva e elabore o sofrimento, pois, a função mental de elaboração das perdas também precisa ser criada pela criança antes de ser apresentada pelo meio. Portanto, não é apenas o objeto que precisa ser criado antes de ser apresentado, mas também a função mental. Diante disso, existe a demanda de que se ajude pai, mãe e filha a criarem condições para que seja possível viver os sentimentos de uma maneira alternativa à racional, e que, assim, os seus afetos possam ser acolhidos e elaborados. A possibilidade de que se crie funções mentais que permitam um trânsito mais livre dos afetos, e assim, uma maior reflexão sobre eles, pode, inclusive, proporcionar um encontro genuíno entre pais e filha. Com esse encontro, a reclamação antissocial pode não ser mais necessária, uma vez que a companhia viva e a confiança foram restabelecidas entre eles.

REFERÊNCIAS

Aiello-Vaisberg, T. M. J. (2004). Ser e Fazer. Enquadres diferenciados na clínica winnicottiana. Aparecida, SP: Ideias & Letras.

Aiello-Vaisberg, T. M. J., & Machado, M. C. L. (2005). O gesto do sonhador brincante. Trabalho apresentado no Congresso Estados Gerais da Psicanálise, Rio de Janeiro, RJ.

Barbieri, V., & Pavelqueires, J. G. (2012). Personalidade paterna como fator prognóstico no tratamento da tendência antissocial. *Paidéia*, 22(51), 101-110.

Bellak, L., & Bellak, S. S. (1981). Teste de apercepção infantil: Com figuras de animais – CAT-A. (O. Mantovani, trad., pp. 7-8). São Paulo: Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1949).

Bueno, L. M. A. C., Mishima, F. K. T., Barbieri, V. (2010). Percepção da dinâmica familiar por crianças antissociais: um estudo comparativo com o procedimento de desenhos de famílias com estórias. *PSICO* 1(41), 93-102.

Cury, C. R., & Golfeto, J. H. (2003). Strengths and difficulties questionnaire (SDQ): a study of school children in Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(3), 139-145.

Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of child psychology and psychiatry*, 38(5), 581-586.

Soifer, R. (1992). Psicodinamismos da família com crianças: terapia familiar com técnica de jogo. Petrópolis: Vozes.

Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T. M. (2007). Desenhos-estórias em encontros terapêuticos na clínica da maternidade. *Mudanças*, 15(1), 23-31.

Tachibana, M. (2011). Fim do mundo: o imaginário coletivo da equipe de enfermagem sobre a gestação interrompida. Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Trinca, W. (1984). Processo diagnóstico de tipo compreensivo. In: TRINCA, W. Et al. *Diagnóstico psicológico. A prática clínica*. São Paulo: EPU, p. 14-24.

Winnicott, D. W. (2005). A criança evacuada. In *Privação e Delinquência* (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1945).

Winnicott, D. W. (2005). A tendência antissocial. In *Privação e delinquência* (A. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1956).

Winnicott, D. W. (2011). A família e o desenvolvimento individual (Trad.: Marcelo Brandão Cipolla). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1965).

A ALUCINOSE EM RELATOS DE FILME DE TERROR: UM ESTUDO DE CASO

Lilian Regiane de Souza Costa⁵⁷

Fernanda Kimie Tavares Mishima-Gomes⁵⁸

Valeria Barbieri⁵⁹

RESUMO

Para Bion, todos apresentam uma parte psicótica e outra não-psicótica da personalidade. A principal diferença entre elas é o desenvolvimento do pensar. Na ausência do pensar, os estímulos sensoriais desencadeados pelas novas experiências não podem ser representados psiquicamente. Esse estudo objetivou analisar, à luz da teoria bioniana, material clínico obtido no processo psicoterápico de um adolescente, Luís (nome fictício, 14 anos). Foram analisados quatro meses de atendimento, que aconteceram em uma clínica-escola, com frequência de duas vezes semanais. Durante os atendimentos, Luís demonstrou fala “desafetada”. Disse que gostava de assistir filmes de terror. Em quase todas as sessões, dedicou-se a descrever trechos desses filmes, quando revelava vivenciar fatos parecidos com os dos filmes, bizarros e carregados de destrutividade. Pode-se inferir que Luís, ao invés de “pensar” acerca dos conflitos vivenciados, demonstrou utilizar os filmes como via de expressão. Nas cenas de terror, sua agressividade era expressa concretamente, revelando dificuldades em representar psiquicamente suas vivências. A assiduidade do paciente, a busca pelo contato com a terapeuta e suas tentativas de contato com a realidade evidenciam os recursos de Luís. Espera-se que o atendimento psicoterápico colabore com o desenvolvimento desses recursos e o aproxime de suas vivências afetivas.

Palavras-chave: Psicanálise, psicoterapia, psicose, adolescência.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

⁵⁷ Doutoranda em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão, Universidade de São Paulo – FFCLRP-USP. Email: liliancostapsico@gmail.com.

⁵⁸ (Doutora em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão, Universidade de São Paulo – FFCLRP-USP. Email: ferkimie@yahoo.com.br).

⁵⁹ Professora Doutora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão, Universidade de São Paulo – FFCLRP-USP. Email: valeriab@ffcrp.usp.br

Bion, assim como sua analista, Melanie Klein, dedicou boa parte dos seus estudos na investigação de funcionamentos psicóticos. Entretanto, diferente de Klein, ele trouxe uma perspectiva ainda mais dinâmica sobre a organização do funcionamento psíquico. Para o autor, todos apresentam uma parte psicótica e outra não-psicótica da personalidade. Durante suas vivências, o indivíduo pode oscilar entre a manifestação dessas duas partes. Há aqueles que enfrentam o predomínio do funcionamento psicótico ou não, porém todos o vivenciam e estão suscetíveis a essa oscilação (Bion, 1974).

Ressalta-se o fato de que, segundo os pressupostos bionianos, a principal diferença entre o funcionamento psicótico e o não-psicótico é o desenvolvimento do pensar (Bion, 1961). De acordo com Bion, nos momentos em que o indivíduo entra em contato com novas experiências, com as quais ainda não se estabeleceu um vínculo de “conhecimento”, existe maior propensão ao funcionamento psicótico, quando não foi possível pensar sobre elas. Na ausência do pensar, os estímulos sensoriais desencadeados pelas novas experiências não podem ser representados psiquicamente, são experienciados concretamente, movimento que caracteriza o funcionamento psicótico (Bion, 1973a).

Para que essas novas experiências se transformem, de fato, em algo representado psiquicamente, é necessário “pensar” sobre elas. Através do pensar que as experiências sensoriais podem ser transformadas em conhecimento, quando se manifesta o funcionamento não-psicótico da personalidade. Segundo a perspectiva bioniana, para a transformação das novas experiências sensoriais em experiências psíquicas o pensar precisa percorrer etapas de desenvolvimento do pensamento, descritas pelo autor quando formulou “A Grade”, que podem fazer com a experiência sensorial se transforme, inclusive, em conceitos teóricos extremamente complexos (Bion, 1973b).

Para explicar o início desse percurso, primeiramente, Bion levanta os conceitos de “elementos β ”, “elementos α ” e “função α ”. Os elementos β representam as experiências sensoriais. Através da função alfa, esses elementos são transformados em elementos alfa que são o início da representação psíquica das experiências sensoriais, possíveis de serem percebidos, por exemplo, em sonhos e lembranças (Bion, 1973c).

Diante da exposição a novas experiências, o predomínio do funcionamento psicótico colabora com a aproximação em relação a novos conhecimentos sobre a

realidade, possibilitando que sejam “sentidos”. Com a diminuição das distâncias, via o ato de pensar, espera-se que os elementos β , desencadeados por esse encontro, possam ser incorporados à realidade psíquica do paciente, a fim de serem simbolizados. A partir dessa busca por experienciar psiquicamente o que é vivido, é possível ter maior conhecimento sobre a realidade ao redor ou “verdade absoluta” (“O”), conforme conceitua o autor (Bion, 1973a).

Para Bion, o total conhecimento acerca da verdade absoluta nunca ocorre, mas é possível acessar representações dela. A busca por essas representações da verdade seria o objetivo do processo psicoterápico. Nesse sentido, o autor destaca que é necessário que o terapeuta, no contato com seu paciente, esteja desprovido da sua “memória” e dos seus “desejos”, de modo que esteja aberto a colaborar com o paciente na busca pela verdade desconhecida, não na “verdade” desejada pelo terapeuta e/ou pelo paciente. Para isso, o autor destaca que é necessário ter “fé” no potencial do paciente para pensar, sem a tentativa de pensar por ele (Bion, 1973d).

Bion ressalta que, há momentos em que o pensar é evitado, justamente pela intensidade das angústias suscitadas diante da aproximação em relação à “O”. Nessas situações, pode haver repetição do contato com o ambiente via experiências sensoriais, ou seja, concretamente, quando é possível vivenciar a experiência descrita pelo autor como “alucinação” (Bion, 1973a).

Na alucinação, o indivíduo, ao invés de entrar em contato com o novo e desenvolver seu conhecimento a respeito da realidade, baseia-se em formulações cristalizadas sobre o meio ao redor. Essas formulações, muitas vezes, ao impedir o conhecimento acerca da verdade, assumem um caráter fantasioso e alucinatorio. Assim, na experiência de alucinação, o contato com o meio ocorre sensorialmente.

Com base nessa breve apreciação de alguns dos conceitos de Bion, a seguir, tem-se a apresentação do material clínico selecionado para a realização do presente trabalho. Em seguida, sua análise com base nos conceitos teóricos bionianos levantados.

MATERIAL CLÍNICO

O material clínico analisado foi retirado do processo psicoterapêutico do paciente Luís (nome fictício, 14 anos), que é atendido em uma clínica-escola de Psicologia, com frequência de duas sessões semanais. Foram analisados quatro meses do

acompanhamento de Luís. Os atendimentos fazem parte do estágio em Psicoterapia de Orientação Psicanalítica, conduzidos por uma estagiária/terapeuta.

O paciente iniciou acompanhamento psicoterápico após procura da mãe, que buscou atendimento para o filho por acreditar que ele tinha “baixa autoestima” e “sentimento de inferioridade”, além de dificuldades de relacionamento; referiu que Luís era “deformado” e menos capaz do que colegas da mesma idade, mas não associou relacionou suas queixas a dificuldades psiquiátricas. Durante a entrevista inicial, a mãe destacou aspectos negativos de Luís e falou pouco sobre suas potencialidades.

No contato com o paciente, chamou atenção seu modo de vestir, diferenciado de outros adolescentes. Luís sempre ia às sessões vestindo trajes sociais (camisa e calça), assim como apresentava uma postura extremamente formal e rígida para iniciar o contato. Além disso, chamou a atenção sua fala desafetada, relatando situações dolorosas sem expressar reações emocionais. Ao falar de situações conflituosas, sua expressão era semelhante quando abordava assuntos corriqueiros do seu dia-a-dia.

Luís disse que não gostava de ser confundido com uma criança, por isso recusou a utilização de jogos. Contudo, durante os atendimentos, na mesma sessão, oscilava entre sentar na poltrona e na cadeira infantil.

Em relação à dinâmica familiar, Luís residia com a mãe, pai e um irmão. Era um paciente assíduo e costumava chegar pontualmente aos atendimentos. Descreveu a figura materna como alguém que o considerava como “estranho” e “feio”. Disse que também acreditava que era “feio”, questionando a terapeuta se ela concordava com essa afirmação, quando ela tentou apontar os aspectos positivos que percebia nele. O pai e irmão foram raramente mencionados no seu discurso. A terapeuta tentou agendamento de entrevista com o pai por duas vezes, porém ele não compareceu.

No seu relato, a avó materna foi mencionada, frequentemente, como alguém com quem tinha um bom relacionamento, bem como uma tia falecida, que referiu sentir sua falta. Todavia, ao ser solicitado para se aprofundasse no relato sobre como era o relacionamento com a tia, disse que não “desejava” falar sobre esse assunto. Repetidas vezes, Luís também citou outra tia com quem não tinha um bom relacionamento. Segundo ele, com frequência, essa tia “gritava” chamando sua atenção, além de “falar mal” da sua mãe. Nesses momentos, disse que sentia seu corpo “ficar possuído de raiva”, quando temeu não conseguir “controlar” seus atos.

Luís referiu que gostava de estudar, de jogar no computador e de assistir filmes. Contou que tinha uma “namorada” mais velha, segundo ele, uma prima sua que residia em outra cidade, com quem conversava sempre por mensagens, mas não se aprofundou em como era esse relacionamento. Disse que gostava da namorada que, diferente da mãe, ela o achava bonito. Contou que o que mais gostava de fazer era de estudar, mas referiu que sofria *bullying* na escola por ser feio e que não tinha amigos.

Logo no primeiro mês de atendimento, Luís disse que desejava contar algo para a terapeuta. Revelou que já havia escutado vozes e que elas diziam que ele iria morrer. A religião é constantemente mencionada no seu discurso, considerando-a como sua principal fonte de suporte, principalmente nesses momentos.

Luís se dedicava durante a maior parte do tempo das sessões no relato de trechos de filmes de terror, quando revelava vivenciar acontecimentos parecidos com os dos filmes descritos. Ao falar acerca de uma figura feminina presente em um dos filmes que ilustrou, mencionou que gostaria de ser mulher. Segundo ele, esse desejo vinha do fato de que o homem precisava fazer muitas coisas, como “lavar louça”, “fazer comida”, “cuidar da casa”, atividades que, socialmente, são relacionadas ao feminino. Luís atribuiu esses afazeres domésticos ao homem porque, segundo ele, era homem e precisava fazê-los. Dessa forma, almejava ser mulher para não precisar realizar essas atividades.

Luís foi encaminhado para atendimento psiquiátrico. Após o encaminhamento, ele se mostrou ansioso e falou sobre o medo de ser invadido ao relatar seus temores em realizar procedimentos cirúrgicos. Na sessão após a consulta, disse que gostou de conversar com o médico, que o receitou o uso de um antidepressivo.

Em uma das sessões aqui analisadas, Luís disse que desejava retornar ao psiquiatra antes do tempo estipulado para o retorno, pois, segundo ele, estava “se sentindo mais deprimido”, embora estivesse fazendo uso do antidepressivo. Nessa sessão, contou sobre outro filme de terror que havia assistido, porém, dessa vez, a história aparentou maior nível de organização do que outras histórias de filme que já havia trazido. A seguir, um trecho desse momento da sessão transcrito de memória (L: Luís, T: Terapeuta):

L: Descobri um canal que dá para assistir filme de terror pela internet (...) Vi um filme que tinha um menino que estava triste, aí ele evocou um espírito, pediu paz

para o espírito, aí o espírito matou a mãe do menino, porque o menino tinha muita raiva da mãe, matou a mãe para ter paz na vida.

T: E onde estava o pai do menino?

L: Foi o primeiro que morreu.

T: E será que só tem essa solução?

L: Não... Não pode sentir raiva dos pais né?

T: Por que não pode sentir raiva dos pais?

L: É, não pode sentir raiva... mas aí tem o perdão de Deus.

DISCUSSÃO

No relato apresentado acerca do processo psicoterápico do paciente Luís, primeiramente, chama a atenção os diferentes momentos nos quais evidenciou dificuldades de percepção da realidade, por exemplo, através da sobreposição que fazia entre os filmes de terror e a sua própria vida e da escuta das vozes que ameaçavam sua vida. Percebe-se que, nesses momentos, o paciente centraliza-se na descrição de experiências sensoriais, como a audição.

A partir das concepções teóricas de Bion, pode-se inferir que esse afastamento de Luís em relação à realidade é fruto de suas tentativas de se privar do ato de pensar sobre experiências vivenciadas por ele (Bion, 1973b). Percebe-se que, diante de situações conflituosas, como o contato com sua própria agressividade e com possíveis sentimentos de abandono da figura materna, o paciente evita pensar e recorre à descrição de formulações já conhecidas por ele.

No material clínico descrito, observa-se que a tentativa de evitar pensar sobre a realidade empreitada por Luís se dá via alucinações, como a escuta das vozes, ou via ideias estereotipadas acerca da realidade, como quando falava sobre dogmas religiosos. Nesse último caso, a fuga da realidade torna-se mais difícil de ser percebida, porém o uso que o paciente faz do ideal religioso evidencia suas tentativas de se eximir de pensar sobre os sentimentos despertados.

Tanto nas alucinações, como nas ideias estereotipadas, existe o movimento de enfrentar as angústias experienciadas por meio de estratégias já cristalizadas, o que faz pensar que, nesses momentos, Luís vivencia o que Bion (1973a) considera como alucinação, quando há o predomínio da experiência sensorial em comparação à psíquica. São poucas as tentativas de reflexão sobre suas experiências, na maioria

das vezes, evidenciou relatos concretos (alucinados ou não) acerca das suas vivências.

Dentre os momentos de alucinação de Luís, os mais frequentes foram aqueles nos quais se dedicou no relato de filmes de terror, com a descrição de cenas que retratam intensa agressividade e destrutividade. Diante do sentimento de desamparo, a principal estratégia defensiva utilizada por ele é a destruição do que incomoda, por exemplo, quando explicitou no trecho do filme de terror transcrito que o espírito “matou” a mãe para trazer “paz” ao menino.

A partir desses dados, pode-se supor que Luís, preso às soluções destrutivas para o enfrentamento das suas angústias, encontrava dificuldades em “aprender” novas possibilidades de enfrentamento. Todavia, diferente dos outros filmes já trazidos pelo adolescente, no último descrito, foi possível perceber maior aproximação e reflexão sobre as angústias sentidas no contato com a figura materna. Nesse trecho, Luís forneceu melhores evidências dos sentimentos que estava evitando pensar. Entretanto, a culpa desencadeada pela aproximação em relação ao desejo de “matar” a mãe fez com que retornasse a pensamentos paranoides de que será punido e ideias estereotipadas associadas à religião.

Pode-se inferir que o predomínio do funcionamento psicótico faz com que, ao invés de pensar sobre essa culpa, ela seja vivenciada sensorialmente, como através da escuta das vozes que dizem que irá morrer. O fato de ter se aproximado da “raiva” dentro do contexto terapêutico o levou a escutar as vozes também no contexto da terapia.

Bion ressalta que todos oscilam entre o funcionamento psicótico e não-psicótico, principalmente diante do contato com novas experiências (Bion, 1974). Contudo, o autor destaca que é preciso se atentar quando há o predomínio do funcionamento psicótico, como através das frequentes transformações das experiências em alucinações (Bion, 1973a), conforme é percebido no relato do material clínico de Luís.

As intensas dificuldades do paciente em diferenciar experiência sensorial e experiência psíquica, características do funcionamento psicótico, realmente, tornou necessária a maior atenção em relação ao modo como expressa seus sentimentos, em especial sua agressividade, o que resultou no encaminhamento para um médico psiquiatra. Ao invés de pensar sobre a “raiva” e adquirir novas possibilidades de lidar com esse sentimento, é extremamente perigoso que ele externalize esses sentimentos em episódios de autoagressão ou agredindo terceiros, como ele próprio

disse temer que isso viesse a acontecer no contato com a tia com quem não teria um bom relacionamento.

Ao falar sobre sua relação com as tias e avó, é interessante que as relações destacadas por Luís, na maioria das vezes, rondam o feminino. Nos seus relatos, a representação do feminino aparece marcada por algo que ele não tem, mas que gostaria de ter. Entretanto, abordar o que não tem apresenta-se como extremamente dolorido, que o leva a evitar falar da tia com que parece ter tido um bom relacionamento, bem como se afastar da realidade ao falar que desejava ser uma mulher para não precisar realizar tarefas domésticas, enquanto essas, na realidade, estão extremamente associadas ao feminino. Nesse relato, pode-se inferir que Luís forneceu indícios de que gostaria de ter alguém, uma figura feminina, que pudesse realizar seus cuidados, ao invés de ter que realizar isso por si só, evidenciando seus sentimentos de desamparo em relação à mãe.

Em relação à figura paterna, chama a atenção sua fala de que o pai “foi quem morreu primeiro”. O pai poderia ser alguém que pouco auxiliava Luís na busca pela verdade e pelo desenvolvimento de novos conhecimentos. A figura do pai se mostrou tão ausente no relato do paciente que, diferente de como paciente falou sobre a morte da mãe, não demonstrou ser alguém que o espírito assassinou, mas alguém que morreu sozinho.

Diante de uma figura paterna ausente e do contato com uma figura materna que reitera seus sentimentos de culpa, demonstrando sinais de não ter “fé” no potencial do filho para se desenvolver, torna-se compreensível o sentimento de desamparo e os temores do paciente ao se aproximar da realidade, já que a verdade, por exemplo, aquela que diz respeito ao conhecimento sobre suas figuras de referenciam, pode ser extremamente dolorosa.

A partir do relato do paciente acerca da intensificação dos seus sentimentos depressivos após o início do uso do medicamento antidepressivo, entende-se que a medicação, realmente, pode ter colaborado com o contato de novos elementos β , apesar de ainda ter sido utilizada por pouco tempo. Todavia, além disso, pode-se inferir que, mesmo com as inúmeras tentativas de Luís de evitar entrar em contato com a realidade que se apresenta a ele, incluindo a terapeuta, o início da construção de novas vinculações desencadeadas pela terapia, pode ter despertado momentos de reaproximação em relação à realidade negada e, conseqüentemente, as angústias associadas a ela, como a possibilidade de ser rejeitado por acreditar que

seria “feio”, como a mãe acredita. Nesse sentido, compreendem-se os frequentes questionamentos direcionados à terapeuta sobre como ela o percebe.

Com base no material clínico, observa-se que o contato com a terapeuta, ao revelar novas experiências e, conseqüentemente, novas possibilidades de acesso a conhecimentos acerca da realidade, pode ter despertado em Luís seu interesse pelo desenvolvimento de vínculos amorosos e pelo aprendizado, o que evidencia uma importante abertura para a busca por “O”, apesar de causar estranhamento e a exacerbação de sentimentos de tristeza. Segundo Bion (1973a), esse processo deve ser estimulado ao longo do processo psicoterapêutico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a elaboração desse trabalho, a compilação do material clínico foi difícil de ser realizada. São vários os fatos recorrentes no discurso do paciente que, aparentemente, parecem não estar associados, mas que, na verdade, mostram-se entrelaçados. Essa aparente desorganização dificultou estabelecer uma linha de pensamento para escrever sobre Luís.

O contato com o intenso sofrimento que se mostrou latente nas vivências do paciente e com sua agressividade pode levar a terapeuta também ao movimento de afastamento em relação a ele, como fazem os colegas na escola e o próprio pai do paciente e traz dificuldades para a compreensão e a interpretação do material clínico, bem como a aproximação em relação à verdade vivenciada pelo paciente. Todavia, a assiduidade dele na terapia, a busca pelo contato com a terapeuta e suas tentativas de contato com a realidade, mesmo que não consiga permanecer nela, evidenciam os recursos de Luís. Os filmes, apesar de já trazerem indícios de vivências alucinatórias, ainda podem ser entendidos como o início da transformação de elementos β em α . Todavia, quando não há o suporte necessário, pode ser que essas experiências de alucinação se desenvolvam para uma expressão ainda mais regredida, transformando-se em episódios de surtos psicóticos.

Por fim, destaca-se que foram trazidas apenas algumas possibilidades interpretativas, o material clínico é extremamente rico e possibilita novos olhares à luz da teoria de Bion, bem como a partir de outros referenciais teóricos psicanalíticos. Ressalta-se que, nesse caso em especial, as ideias de Bion sobre a dinamicidade do funcionamento da personalidade trouxe importantes indícios para compreensão

do funcionamento da parte psicótica do paciente em questão, assim como seu potencial para a utilização de recursos não-psicóticos.

REFERÊNCIAS

- Bion, W. R. (1973a). A realidade sensorial e psíquica. In: Bion, W. R. (1973). *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1973b). A grade. In: *Revista Brasileira de Psicanálise* 7(1).
- _____ (1973c). Uma teoria do pensar. In: Spillius, E. B. (1991). *Melanie Klein hoje: desenvolvimentos da teoria e da técnica*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1973d). Opacidade de Memória e Desejo. In: Bion, W. R. (1973). *Atenção e interpretação*. Rio de Janeiro: Imago.
- _____ (1974). Desenvolvimento do pensamento esquizofrênico. In: Bion, W. R. (1974). **Estudos psicanalíticos revisados**. Rio de Janeiro: Imago.

PSICODINAMISMOS DA TENDÊNCIA ANTISSOCIAL: ESTUDO DE CASO

Ana Paula Medeiros-Vian⁶⁰;

Fernanda Kimie Tavares Mishima-Gomes⁶¹;

Valéria Barbieri⁶².

Resumo

Vários autores clássicos da psicanálise exploraram a temática da tendência antissocial, caracteriza por mentiras, roubo, agressividade e comportamento opositor. Este trabalho investigou os psicodinamismos de uma criança do sexo feminino, de sete anos, que apresenta comportamentos antissociais. Para melhor avaliação, utilizou-se como método a administração de técnicas psicológicas, a saber: entrevista psicológica com a mãe, Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e o House-Tree-Person. A partir dos resultados obtidos constata-se que há inteligência acima da média, dificuldade de se diferenciar da mãe e de discriminar carinho e castigo, pouca criatividade, ausência de medo, funcionamento regredido e distorção da realidade. Sendo assim, conclui-se que a tendência social apresentada pela criança está associada a diversos fatores, sendo um que a forma como ela vivencia a relação com seus familiares é preponderante para a origem e manutenção das problemáticas. A partir disso, ressalta-se a importância de um trabalho familiar para que a criança seja atendida em suas necessidades. A realização de outros estudos é fundamental para aprimorar o conhecimento sobre a problemática.

Palavras-chave: Psicodiagnóstico; tendência antissocial; psicanálise aplicada; infância

⁶⁰ Mestre em Psicologia e Psicóloga pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Psicóloga Judiciária do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo paulla_medeiros@hotmail.com

⁶¹ Doutora em Psicologia e Psicóloga Clínica do Centro de Psicologia Aplicada da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

⁶² Professora Doutora do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

INTRODUÇÃO

A Tendência Antissocial foi estudada por diversos autores da psicanálise clássica. Com relação a seus aspectos descritivos, pode-se encontrar referências em manuais médicos, como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) da American Psychiatric Association – APA (2014), sendo que neste a terminologia utilizada é Transtorno de Conduta.

O DSM-V (APA, 2014) descreve que os indivíduos com este distúrbio têm pouca empatia e preocupação com os sentimentos dos outros, tendem a não apresentar culpa e remorso e percebem os comportamentos dos demais como ameaçadores, justificando sua conduta agressiva. A prevalência deste transtorno tem aumentado com o passar do tempo e sua taxa de ocorrência pode variar de acordo a população na qual é realizada o estudo, podendo ser menor de 1% e maior que 10%.

A discussão da literatura psicopatológica a respeito da etiologia deste transtorno, relacionando-o a aspectos inatos ou adquiridos do indivíduo, é acirrada. Para Brown, Craig, Harris e Handley (2008) este distúrbio alicerça-se em fatores constitucionais e ambientais, sendo que problemas familiares e sociais na história da criança são os fatores que mais interferem no seu surgimento. Os autores enfatizam a importância de observar a contribuição da criança para a forma como ocorrerá o relacionamento entre pais e filhos, já que uma criança desobediente e agressiva favorecerá uma desorganização familiar.

Para a psicanálise, que será a vertente norteadora deste estudo, a problemática é mais comumente denominada de Tendência Antissocial. Para Freud (1916/1996), o desenvolvimento dos códigos morais e das condutas da criança está intimamente ligado ao superego, instância da personalidade que atua como censor sobre as atividades e pensamentos do indivíduo e que é um depósito de modelos de conduta, códigos morais e parâmetros de inibição da personalidade. Essa afirmação de Freud levou vários psicanalistas subsequentes a ele, como Soifer (1982), a considerarem que o desenvolvimento da patologia antissocial referir-se-ia a uma ausência ou a um desenvolvimento atípico, falho ou atrofiado dessa instância de personalidade.

Freud (1916/1996) verificou que as pessoas que cometiam atos antissociais o faziam em função de um sentimento de culpa pré-existente, sendo que, após a prática desta ação, elas sentiam um alívio mental. O sentimento de culpa que essas pessoas apresentavam era uma reação ao Complexo de Édipo e às intenções criminosas de matar o pai e ter relações sexuais com a mãe. Assim, as más ações reais teriam o propósito de aliviar o sofrimento que estes pensamentos teriam causado.

A ausência ou o déficit do superego não são considerados como a origem do comportamento antissocial por Winnicott (1958/1999). Para ele, as crianças com tendências antissociais apresentam sentimento de culpa e esse quadro resultaria de uma falha no ambiente em proporcionar cuidados físicos e emocionais suficientes para permitir um bom desenvolvimento a elas. A tendência antissocial ocorre devido a uma privação ocorrida no passado da criança, em um momento em que ela já consegue perceber que a falha é ambiental, ou seja, já existe diferenciação mínima entre o eu e a realidade. A criança com tendência antissocial perdeu algo de bom que ocorreu em sua experiência e essa retirada aconteceu durante um tempo capaz de fazer com que ela se esquecesse de tal experiência. Os comportamentos delinquentes seriam uma tentativa de encontrar o objeto e a experiência perdidos e de reconquistar autoconfiança (Winnicott(1956/1993).

Winnicott (1958/1999) propõe a existência de duas vertentes para a tendência antissocial: o roubo e a destrutividade. O roubo, refere-se à busca da criança por algo perdido (a experiência perdida ligada ao relacionamento entre ela e a mãe), que não é encontrado, e ela opta por procurar outro objeto substituto. Na destrutividade a criança busca uma estabilidade ambiental que deve suportar a tensão oriunda do comportamento impulsivo e que não foi encontrada no lar. É essa estabilidade, que define limites e vai permitir à criança movimentar-se ou excitar-se, pois, sem ela, ocorre um incremento da angústia e a criança ou se torna inibida ou atua de modo antissocial para liberar a tensão.

Atualmente, poucos são os estudos que analisam a Tendência Antissocial em uma perspectiva psicanalítica. Muitos trabalhos utilizam erroneamente o termo para explicar comportamentos agressivos de crianças e que não indicam patologia (Pietro & Jaeger, 2008). Roncolato (2011) evidenciou que crianças com distúrbio de conduta veem as figuras parentais como incapazes de oferecer sustentação, além de agir impulsivamente e utilizar a agressividade para expressar sua angústia. Bueno,

Mishima e Barbieri (2010) apontam que crianças com essa problemática são mais regredidas e apresentam necessidades e angústias mais primitivas quando comparadas a um grupo contraste.

2. OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

Diante da revisão apresentada, constata-se a necessidade de dar continuidade às pesquisas relacionadas à Tendência Antissocial, oferecendo uma compreensão psicodinâmica dos indivíduos que desenvolveram a problemática. Com isso, poder-se-á planejar melhores alternativas de prevenção e tratamento para a Tendência Antissocial.

Sendo assim, o presente trabalho pretende investigar as características psicodinâmicas (fantasias, angústias, lutos e situações emocionais não elaboradas) de uma criança do sexo feminino que apresenta Tendência Antissocial, buscando conhecer em profundidade os elementos que podem estar associados ao surgimento e manutenção da problemática.

3. MÉTODO

A fim de atingir aos objetivos propostos, realizou-se a avaliação psicológica de uma criança do sexo feminino, de sete anos, que será chamada pelo nome fictício de Giovana. A criança participou do trabalho por apresentar comportamentos antissociais, como mentiras, agressividade física e verbal, comportamento desafiador e destruição de bens alheios.

A avaliação foi composta de três etapas, sendo que foram utilizados quatro instrumentos, a saber: (a) Roteiro de entrevista inicial com a mãe da criança, a fim de verificar se a queixa referia-se à Tendência Antissocial e conhecer a história de Giovana e de sua família; (b) Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven, para avaliar a capacidade cognitiva, uma vez que comprometimento intelectual corresponde a um critério de exclusão para o estudo; (c) House-Tree-Person (HTP), segundo Buck (2003): a aplicação consiste em duas fases em uma mesma sessão (elaboração de desenhos e criação de histórias), para avaliação dos aspectos estruturais dos envolvidos no processo.

Primeiramente, foi realizado um encontro com a mãe de Giovana. Neste, explicou-se sobre o estudo, sendo que a genitora assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Em seguida, prosseguiu-se com a entrevista. Com a criança foram realizadas duas sessões: a primeira para *rapport* e aplicação do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven e a segunda para aplicação do HTP. Todas as sessões foram gravadas em MP3 e transcritas posteriormente. As análises foram realizadas de acordo com os referenciais de cada instrumento, associando as interpretações à teoria psicanalítica.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em entrevista com a mãe, a mesma relatou que a filha apresenta, há um ano, comportamentos como: brigar na escola, desrespeitar professores, ameaçar colegas e não respeitar regras, como fazer tarefas e participar de atividades em grupo. Também agride colegas, inclusive meninos mais velhos, e chegou a queimar cadernos de colegas de sala de aula. Os pais de Giovana são separados, nunca residiram na mesma casa e o genitor é chamado pela mãe e pela escola quando a criança apresenta os problemas de comportamento.

A partir da cotação das respostas de Giovana para as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven obteve-se o percentil de 95 para inteligência, classificando-a com inteligência definitivamente acima da média.

Em relação ao HTP, o desenho da casa é sem detalhes, com entradas pequenas, portas estreitas e janelas altas. A estória contada é a dos “Três Porquinhos”. A interpretação faz compreender que há dificuldade egóica de satisfazer os desejos e de trabalhar e diferenciar os conteúdos que são internos dos externos. A janela alta pode representar uma proteção contra a invasão externa, enquanto que o teto da casa, que é compacto, indica falta de proteção. O mesmo teto possui um grande bico, que ressalta a dificuldade em se sentir protegida. A partir da observação destes elementos, é possível perceber que a casa representa a precariedade de afeto, indicando dificuldade no contato interpessoal. Ao pintar a porta da casa mais forte, utilizando o vermelho, que é intenso, há um destaque neste elemento, evidenciando prejuízo no contato com o outro, reforçando os aspectos percebidos anteriormente e sendo compatível com a sua queixa.

Ao analisar o comportamento da criança na execução do desenho, percebe-se que ela tem dificuldade em focar em algo, o que resulta em dificuldade de escolher e de pensar. Assim, ela age intensamente, com pouca preocupação com as consequências de suas atitudes, o que faz entender o seu problema de comportamento. A criança demonstra que tem inúmeros desejos e vontades, mas que, por conta da maneira como age, quase não consegue efetivar esses desejos, não alcançando seus objetivos e gerando um sentimento de frustração. Esse fato fica evidenciado quando a criança conta que sua casa tem três andares, mas que aparenta ser muito pequena: o seu desejo é muito grande, mas há pouca realização.

Além do desenho e da estória contada, foi realizado um breve inquérito, em que são feitas perguntas a fim de compreender melhor o desenho. A criança conta que não gostaria que a casa desenhada fosse sua e que morassem com ela o pai e a mãe. Ela relata que na casa todos são felizes e que gostam de dançar, mas que a casa está em um lugar bastante longe. Neste momento, ela afirma que a casa tem dez andares, dez quartos e três janelas.

O fato de Giovana responder que não gostaria que essa casa fosse sua pode significar isolamento afetivo, ou seja, ela apresenta dificuldade em se envolver e em mostrar suas dificuldades. Além disso, ela diz que a casa está em um lugar longe e acima de onde ela está, representando mais uma vez o isolamento e necessidade de se distanciar afetivamente, por receio de mobilização afetiva. No mesmo sentido, a criança diz que não gosta de pessoas, fazendo pensar que ela percebe suas dificuldades de relacionamento. Em decorrência disso, Giovana comporta-se com medo de se envolver, o que explica seu comportamento relatado pela mãe durante a entrevista, contando que, muitas vezes, a filha se isola e se distancia dos colegas. Para Buck (2003), o desenho da árvore representa os aspectos mais profundos da personalidade de quem o desenhou, sendo que a copa indica a vida instintiva e o tronco refere-se aos aspectos secundários. O desenho da árvore de Giovana é representado por um tronco bastante fino, com o desenho de uma espiral no meio.

A árvore está torta e há uma cobra no tronco, que é pintado de bege claro. A copa é verde clara, com cinco frutas vermelhas. Há um risco vermelho forte que separa a copa do tronco.

Pela análise deste desenho é possível assinalar a cisão entre a copa e o tronco como indicativos de dissociação: os afetos podem invadi-la a tal ponto que ela precisa dissociar. Novamente, evidencia-se a dificuldade em pensar e em coordenar

os afetos, em consonância com o desenho da casa. O corte representa que, para a criança, não há transicionalidade. Desta forma, não existe o simbólico e, ou algo é interno, ou é externo.

O tronco, que representa a força egoica, no desenho é muito fraco, torto e fino. Há fissuras que ressaltam ainda mais a fragilidade egoica. Há rabiscos feitos pela criança após a conclusão do desenho, que indicam que ela ficou mobilizada com a atividade e sentiu necessidade de preencher a folha, para que não houvesse vazio, que poderiam representar as lacunas que ela sente que possui.

A estória contada pela criança é semelhante à de "Adão e Eva": os personagens possuem esses nomes e comem a maçã, fruto proibido. Nessa estória, Adão e Eva ficam mais inteligentes que Deus, por terem comido a fruta, e são expulsos do Paraíso. Foram feitas perguntas a fim de aprofundar o conhecimento a respeito da produção, em que ela relata que a árvore tem 40 anos, está viva, dá frutos e próxima a sua casa.

A criança conta que a parte em que a cobra desenhada rasteja está morta, pois ela coloca veneno. Ela diz que o vermelho do desenho representa o fogo, que foi colocado pela cobra para impedir que os outros pegassem as frutas. Há evidência de que a criança perdeu seu objeto transicional, podendo dizer que a cobra sinaliza algo que foi perdido por ela. Entende-se que ela teve algo bom, mas que foi retirado, ou seja, houve uma de-privação. Esse fato está em consonância com a literatura, que aponta esse aspecto como um dos que podem influenciar o surgimento da Tendência Antissocial (Winnicott, 1956/1993). Pensando no fogo que impede que todos cheguem à maçã, é possível entender que a criança demonstra a dificuldade de ter acesso ao que é bom, indicando que ela teve experiências que influenciaram negativamente seu desenvolvimento.

Giovana parece demonstrar uma crença de que não tem coisas boas, mas que espera que os outros tenham. Assim, um mecanismo de defesa utilizado por ela é a identificação introjetiva: ela projeta o aspecto ruim na mãe, mas este aspecto retorna para ela e é introjetado. Há uma identificação dela com a mãe, o que acaba justificando seu comportamento e evitando o seu sofrimento, pois ela pode pensar que se comporta dessa forma porque é como sua mãe. Relacionando a Tendência Antissocial ao mecanismo de identificação introjetiva é possível entender que a criança acredita que tem muitos aspectos ruins, a ponto de ter que testar o ambiente para ver até quando ele a suporta. Nestes casos, o indivíduo que não tem coisas

boas para se identificar, identifica-se com o ruim, sentindo que é fraco e incapaz de receber algo bom (Falchi & Simões, 2011).

Com relação ao desenho da pessoa, a descrição indica um desenho de uma pessoa mais velha, que é fragmentado, tem olhos vazados e cabeça, tronco e membros desproporcionais. A cabeça muito pequena, como ocorre no desenho, representa uma dificuldade de racionalização. Já o pescoço, que é grosso, demonstra que a criança está cheia de impulsos. A mão desproporcional indica ausência de coordenação dos impulsos e do afeto. As pernas são frágeis, representando dificuldade de sustentação e de autonomia. Há destaque para a boca vermelha, que indica agressividade (Buck, 2003).

O cabelo e o braço da figura humana são descolados, o que indica impulsividade e demonstra a sua maneira de se comportar. Esses indícios estão de acordo com Roncolato (2011), pesquisa que ressalta que crianças com Distúrbios de Conduta comportam-se com demasiada impulsividade, o que dificulta o contato com o outro.

Além do desenho da pessoa, Giovana faz o desenho de um sol, quadrado, sem cores, com olhos tortos e raios desconectados do restante do desenho. Pode-se dizer que o desenho é desvitalizado, indicando falta de afeto para a criança, frieza e irreabilidade. A estória contada a respeito do desenho refere-se à Turma da Mônica. Nesta, a Mônica bate no Cebolinha e no Cascão para se vingar deles, que deram nós na orelha do Sansão. Eles ficam machucados, mas ela fica feliz. Ao responder às perguntas sobre o desenho, Giovana responde que a pessoa desenhada é a personagem Mônica, que tem sete anos, mas que já é uma mulher, e que está muito feliz em um parque de diversões. Depois, a criança diz que essa figura poderia ser também a sua mãe. Com relação ao coelho, ela diz que é o Sansão, mas que se parece com um urso que ela gostaria de ter.

É possível perceber que a criança se identifica com uma figura mais velha, negando sua realidade e podendo corroborar a identificação com a mãe. Em um momento da aplicação, a criança diz que está desenhando ela mesma. Depois, relata que desenhou sua mãe. Parece haver uma identificação dela com a mãe e uma confusão na diferenciação com a figura materna, o que sugere prejuízo em seu desenvolvimento.

Giovana, ao relatar a estória, demonstra uma crueldade infantil, não no sentido de querer ser mal, mas no sentido de se sentir bem por poder bater, por ter

essa força. Há o indício de que a criança desloca a sua força egoica para outras atitudes, gerando prejuízos no contato interpessoal. Também a partir da estória é possível perceber que ela é uma agredida que se defende, que consegue revidar a agressividade que recebe. Esta estória representa a busca da criança pelo infantil e a identificação com alguns dos personagens. É possível inferir que há uma identificação com a personagem da Mônica, que é conhecida como aquela que agride os colegas e causa medo neles.

A aplicação do instrumento ressaltou a dificuldade de Giovana de entrar em contato com seus afetos e de se diferenciar da mãe; impulsividade; e pouca criatividade. A partir desta última característica é possível pensar no comportamento da criança de acordo com a ideia de destrutividade de Winnicott (1958/1999): se comporta desta forma a fim de procurar estabilidade e limites que não foram encontrados na relação com os pais.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa oferece um panorama geral do funcionamento psicodinâmico da criança, que influencia seu modo de se comportar, aliando-os ao surgimento e à manutenção de seus comportamentos. É necessária a utilização destes dados para o desenvolvimento de novas pesquisas que estabeleçam estratégias de cuidado de crianças com essa problemática, para que haja um tratamento efetivo e para que os prejuízos deste problema sejam minimizados.

Os dados obtidos no trabalho estão em acordo àqueles obtidos com outros estudos que usaram técnicas projetivas e teoria psicanalítica (Bueno, Mishima & Barbieri, 2010; Roncolato, 2011). No entanto, entende-se a necessidade da realização de diversos trabalhos que possam aprofundar os dados obtidos.

Como se pode perceber, a Tendência Antissocial tem seu desenvolvimento em multifatores, que estão relacionados, inclusive, à forma como a relação da criança com seus familiares é vivenciada. Pode-se apontar como fator limitante do estudo a ausência de avaliação com outros familiares, como pais e avós, que poderiam abranger a discussão. Entende-se que as próximas pesquisas deverão focar o trabalho nos aspectos familiares que possam contribuir para o desenvolvimento da Tendência Antissocial, além do estabelecimento de estratégias para prevenção e tratamento do problema.

Referências

- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5 ed.). Arlington, VA.: American Psychiatric Publishing.
- Bellak, L., & Bellak, S. S. (1981). *Teste de apercepção infantil: Com figuras de animais – CAT-A*. (O. Mantovani, Trad.). São Paulo: Mestre Jou. (Trabalho original publicado em 1949).
- Boekholt, M. (2000). *Provas temáticas na clínica infantil*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Brown, G.W., Craig, T.K., Harris, T.O., & Handley, R.V. (2008). Parental maltreatment and adulthood cohabiting partnerships: a life-course study of adult chronic depression. *J. Affect Disord*, 110(1-2), 115-125.
- Buck, J. N. (2003). *H-T-P: casa-árvore-pessoa, técnica projetiva de desenho: manual e guia de interpretação*. (R. C. Tardivo, Trad.) (1ª ed.). São Paulo: Vetor.
- Bueno, L. M. A. C., Mishima, F. K. T., & Barbieri, B. (2010). Percepção da dinâmica familiar por crianças antissociais: um estudo comparativo com o procedimento de desenhos de famílias com histórias. *Psico*, 41(1), 93-102.
- Falchi, B. A., & Simões, T. P. P. (2011). Função paterna e sua relação com a delinquência juvenil: algumas considerações. *Revista Eletrônica Pedagogia em Foco*, 6(1), 77-88.
- Freud, S. (1996). Criminosos em Consequência de um Sentimento de Culpa. In *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. XIV, pp. 352-381). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1916).
- Pietro, P. P., & Jaegar, F. P. (2008). Agressividade na infância: análise psicanalítica. *Visão Global*, 11(2), 217-238.
- Retondar, J. J. M., & Mattos, R. S. (2011). A criatividade como vontade de potência como expressão da agressividade no contexto de uma pedagogia humana. *Revista Filosofia Capital*, 6(12), 14-24.
- Roncolato, A. A. (2011). *Psicodiagnóstico Compreensivo de Crianças com Distúrbio de Conduta: Aspectos Psicodinâmicos*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Soifer, R. (1982). *Psicodinamismos da família com crianças: terapia familiar com técnica de jogo*. Petrópolis: Vozes.
- Winnicott, D. W. (1993). *A família e o desenvolvimento individual* (M. B. Cipola, trad.) São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1956).
- Winnicott, D. W. (1999). *Privação e delinquência* (A. Cabral, trad.). São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1958).

AVALIAÇÃO DA PERSONALIDADE DE PACIENTES COM TRANSTORNOS ALIMENTARES POR MEIO DO PROCEDIMENTO DE DESENHOS-ESTÓRIAS (D-E): RESULTADOS RELIMINARES

Cristina Mensato Rebello da Silva⁶³

Helena Rinaldi Rosa⁶⁴

Resumo

A anorexia e a bulimia nervosas são um problema de saúde pública na atualidade, justificando a presente pesquisa. Neste trabalho, foram investigados os traços de personalidade de pacientes com anorexia nervosa, empregando o procedimento de Desenhos-Estória (D-E). Participaram quatro mulheres anoréxicas entre 18 e 42 anos, em condições físicas e psicológicas de desenhar, pacientes de Ambulatório de Hospital Público. É um estudo qualitativo que buscou aprofundar o conhecimento sobre a anorexia e bulimia nervosas. Foram evidenciados os sentimentos depressivos, ideias suicidas, carência afetiva, pouca ou nenhuma esperança de melhora, dificuldades em manter relacionamentos afetivos com parceiros amorosos, assim como isolamento social e pouca inserção em grupos, além de agressividade voltada contra si mesmas, o que pode explicar seus comportamentos de automutilação e de anorexia e bulimia. O procedimento de D-E mostrou-se assim sensível e permitiu aprofundar a sua psicodinâmica de funcionamento, podendo identificar as dificuldades emocionais. ; a partir disso, é possível sugerir os pontos nodais a serem trabalhados . Estudos com mais casos, mais amplos e que permitam maior generalização podem contribuir na reflexão acerca de maneiras de intervenção de psicólogos no tratamento de pessoas que têm transtornos alimentares a fim de que sejam mais efetivos e eficazes no tratamento dos doentes.

Palavras chaves: Avaliação psicológica; anorexia; procedimento de Desenhos-Estórias

INTRODUÇÃO

⁶³ Estudante de graduação do IPUSP

⁶⁴ Professora Doutora do Instituto de Psicologia da USP

A anorexia nervosa é um transtorno alimentar que tem como principal característica a privação intencional, constante e severa de alimentos (Borges et al., 2006), baixa ingestão de nutrientes e calorias, resultando em um estado de extrema debilitação nutricional e peso muito abaixo do ideal (Alvarenga e Larino, 2002). Ainda assim, o indivíduo sofre de distorção da própria imagem, acreditando que nunca está magro o suficiente.

Devido à extrema fragilidade do doente, é uma doença que produz elevadas taxas de mortalidade, cerca de 20%, segundo a OMS –(Organização Mundial de Saúde) sendo maior, inclusive, que as taxas de mortalidade do câncer de mama. A anorexia é frequentemente acompanhada de quadros de alteração de humor, de modo que o paciente não reage à alegria e à tristeza. Em alguns casos, apesar do baixíssimo peso, o doente faz exercícios em excesso, tendo sempre em primeiro plano o seu ideal de magreza.

A doença pode também, em determinadas situações, vir acompanhada de sintomas de bulimia, transtorno alimentar que tem como característica atitudes compensatórias para a ingestão de alimento, sendo elas o vômito, uso de laxantes e diuréticos (Abreu e Cangelli Filho, 2005). Uma atitude compensatória não purgativa, na bulimia, pode ser também a atividade física excessiva.

É essencial, para o estudo da doença, a sua perspectiva e raiz psicológica que não pode excluir o contexto social da análise. Vive-se em uma sociedade que cultua a magreza, sendo o corpo extremamente magro o padrão de beleza, tendo prestígio social aqueles que o possuem. Isso ocorre principalmente em relação ao corpo feminino e, como não poderia ser diferente, reflete-se em porcentagens: aproximadamente 90% dos sujeitos com anorexia são mulheres, segundo dados da ANRED (Anorexia Nervosa & Related Eating Disorders). É uma doença, portanto, muito relacionada à modernidade e atrelada à mentalidade atual.

Pelos meios de comunicação e das mídias digitais, pode-se encontrar grupos de garotas que compartilham a sua experiência e incentivam as demais em relação à magreza excessiva e à doença. Nesses grupos, a anorexia e bulimia são apelidadas de Ana e Mia e tratadas como amigas das meninas, como pôde ser visto em uma reportagem da rádio CBN. Fatores como a puberdade e dietas podem propiciar a instalação da anorexia nervosa, já que, no caso da puberdade, o sujeito está passando por uma fase bastante intensa de descobertas, mudanças e pressões,

ficando mais suscetível ao desenvolvimento da doença. Da mesma forma, de acordo com Morgan, Vecchiatti e Negrão (2002), a dieta é o principal fator desencadeante de um transtorno alimentar, já que o risco de desenvolvê-lo é 18 vezes maior que o de uma pessoa que não faz dieta.

Fuks e Campos (2010) traçam um breve histórico sobre o tema que evidencia a preocupação crescente em relação a pacientes que apresentavam os sintomas da anorexia. Os primeiros registros em relação à doença datam do século XVII. Em 1689, Richard Morton, médico inglês, registrou uma síndrome de atrofia nervosa baseada em perda de apetite e grande emagrecimento. Na França, M. Naudeau, um século depois, descreve uma síndrome nervosa também cuja principal característica seria a evitação de alimentos. Na segunda metade do século XIX, William Gull, médico inglês, cunha o termo anorexia nervosa que estaria relacionado à privação alimentar de pacientes. Diversos outros médicos e estudiosos, ao longo desses anos, debruçaram-se sobre a doença e investigaram suas origens e relações. Uma importante contribuição sob a vertente psicanalítica foi a de Freud com a caracterização da anorexia como uma neurose feminina que deveria ser examinada em conexão com a fase oral da vida sexual. Diversos desdobramentos e interpretações tomaram forma no estudo científico da doença até os dias atuais.

A aplicação de testes psicológicos para o estudo de características da doença ainda não é muito expressiva, apesar de existir e trazer interpretações relevantes na maneira de compreender a anorexia. O resultado de estudos mostra que o perfil psicológico delineado por meio de testes realizados indica dificuldades em termos de funcionamento dinâmico e de estrutura psíquica. No entanto, além das limitações sugeridas no plano da organização psíquica dos pacientes, mostrou-se a possibilidade de vinculação e manutenção de laços afetivos, o que evidencia a necessidade de suporte psicoterapêutico propiciador de amadurecimento emocional (Oliveira-Cardoso e Santos, 2006). Os mesmos pesquisadores realizaram em 2012 uma nova pesquisa em que foi aplicado o Método de Rorschach em pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa, sendo que obtiveram como resultado a descoberta de uma relação entre os vínculos afetivos e o controle da doença. As pacientes mantinham seu desejo de estabelecerem relacionamentos afetivos, mas eram tomadas por uma grande carga de afetos que não conseguiam modular, o que as predispunha ao isolamento social. Este, por sua vez, gerava acúmulo de

inquietações e ansiedades que, incapazes de serem elaboradas, escoavam pela via somática em comportamentos autoagressivos e somatizações. Uma melhora dos relacionamentos sociais, portanto, acarretaria na melhora dos sintomas dos transtornos alimentares.

A partir do conhecimento que os resultados de pesquisas anteriores aqui evidenciados trouxe e, tendo como base as raízes psicológica, biológica e social da doença, é imprescindível que, para o seu combate, uma equipe multidisciplinar esteja preparada para lidar com as suas facetas e sobreposições, sendo, nesse caso, o psicólogo um profissional de extrema importância.

Objetivo Geral: Avaliar aspectos da personalidade de pessoas que sofrem de anorexia a fim de identificar se existem traços em comum nesses indivíduos. Dessa forma, a partir dos resultados obtidos e das características observadas, é possível pensar em maneiras de intervenção de psicólogos no tratamento de pessoas que têm transtornos alimentares a fim de que sejam mais efetivos e eficazes no tratamento dos mesmos

Objetivos Específicos: Aplicar o procedimento de Desenhos-Estória em pacientes de 18 a 45 anos com capacidades preservadas do Ambulatório de Hospital Público e avaliá-los a partir do referencial psicanalítico.

MÉTODO

a) Participantes: foram quatro pacientes, do sexo feminino, com idades entre 18 e 42 anos, em condições de desenhar, sendo a incapacidade de desenhar um critério de exclusão.

Foram critérios de inclusão: ter mais de 18 anos, do sexo feminino e com diagnóstico de anorexia nervosa, estar frequentando o Ambulatório de Hospital Público, ter condições de realizar a tarefa solicitada e aceitar participar da pesquisa. Foram critérios de exclusão: estar fora da faixa etária estabelecida, não apresentar o diagnóstico a ser pesquisado, ou estar debilitado a ponto de não conseguir realizar a tarefa.

RISCOS: a participação na pesquisa pode trazer, eventualmente, algum desconforto ao abordar aspectos da doença; caso isso ocorra, a tarefa será

interrompida de imediato e será oferecido acolhimento ao paciente pela aluna que coletará os dados sob supervisão da orientadora.

BENEFÍCIOS: os benefícios da pesquisa são em nível coletivo, uma vez que maior compreensão do funcionamento mental dessas doentes poderá auxiliar na proposta de intervenções e formas de atuação mais significativas dos profissionais que atuam nessa área.

b) Material: Folhas de papel, lápis preto, borracha, lápis de cor e prancheta para apoiar as folhas caso não haja acesso a uma mesa.

c) Procedimentos: foram realizadas entrevistas iniciais a fim de obter dados a respeito da vida da paciente. A entrevista foi aberta, de modo que o paciente se sentisse à vontade para contar o que achasse relevante, entretanto, partindo da questão norteadora sobre o histórico da doença e como a paciente a está vivenciando. A avaliação dos desenhos obtidos, por sua vez, foi feita a partir da análise proposta nas diretrizes contidas procedimento de Desenhos-Estória (D-E).

O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Psicologia da USP (parecer 1.602.711).

RESULTADOS PRELIMINARES

A análise preliminar englobou os desenhos, histórias e entrevistas iniciais das quatro pacientes mulheres submetidas ao teste; os casos foram nomeados de A, B, C e D e, após discorrer brevemente sobre eles, demonstrar-se-ão as características que possuem em comum a fim de obter resultados gerais sobre a análise da personalidade dessas mulheres.

O caso A. é o de uma paciente do sexo feminino com dezoito anos, estudante de cursinho que deseja estudar Biomedicina. Observou-se dominância de figuras palito, o que sugere a dificuldade que tem de relacionar-se com o próprio corpo. Da mesma forma, ela apresenta dificuldade em contar histórias para os desenhos, falando sempre de si própria. Desenha um chocolate do mesmo tamanho que seu corpo em uma das figuras e a sua imagem refletida em um espelho, comentando seu desejo de comê-lo sem culpa. Traz ideias suicidas e diz que preferia morrer, já que não tem esperanças de se recuperar e faz a família, principalmente a mãe, sofrer por isso.

Possui uma relação mais próxima com a mãe - que cuida dela. A relação com o pai e a irmã é muito distante, segundo conta. Em seu penúltimo desenho, representa um abrigo de cachorros e diz que gostaria de ter um abrigo para cuidar de animais de rua, o que indica a necessidade de acolhimento e o seu sentimento de abandono. Essa necessidade de acolhimento é reforçada, inclusive, no próprio desenho por uma linha que envolve os cachorros desenhados, "abraçando-os". Finaliza com sua representação ao lado de um namorado que gostaria de ter, também em desenho palito. Relata não ter vida social ativa e evita contar de sua condição para a família e amigos. Seus desenhos eram bastante pobres, pequenos e não tinham cores, exceto pelas gotas de sangue vermelhas no desenho sobre suicídio e o chocolate pintado de bege em outro desenho em que se representou em frente a um espelho.

O caso B., por sua vez, é o de uma mulher de aproximadamente 42 anos, cujos desenhos foram os mais pobres coletados dentre aos quatro. É enfermeira de profissão, mas não trabalha atualmente e diz que a pressão referente ao trabalho e a perda de um emprego foram fatores de desencadeamento da doença. Relata que sempre foi preocupada com o peso e em ser magra, mas que depois desses fatos o quadro se agravou. Já tentou suicídio quando jovem. Em seus desenhos, representa a figura humana também como palito, mas não coloca rostos, pés ou mãos. Vê-se gorda e deseja ser magra. No terceiro desenho, representa uma cruz e diz que era religiosa, mas que hoje perdeu a fé porque desejava que Deus a curasse, porém perdeu as esperanças de que isso acontecesse. Hoje sente que não há solução e gostaria de morrer, pensa muito em suicídio. No penúltimo desenho, faz a sua família - também com bonecos palito e sem rosto. No último desenho, representa uma equipe multidisciplinar com médico, psicólogo, enfermeiro e outros profissionais que estão cuidando dela e reconhece a importância da multidisciplinaridade em uma equipe. Novamente, o desenho é bastante empobrecido, com bonecos palitos todos iguais e sem representação facial. Não usou os lápis de cor, disponíveis sobre a mesa. Chorou durante o inquérito, demonstrando muita fragilidade. Relatou automutilação e dificuldades de relacionamento.

O caso C. é de uma paciente de 26 anos, também do sexo feminino. Mostrou-se a mais aberta de todas para interação. Todavia, seus desenhos demonstram dificuldade na interação na medida em que não desenha pessoas, exceto quando se representa por meio de uma mulher palito. Apresenta perspectiva de melhora, pois

desenha ingressos de show que já foi (e diz gostar muito de ir a esses eventos musicais) e completa afirmando que quer estar bem para ir ao próximo evento. Utiliza cores, ainda que pobremente. Em um dos desenhos, representa uma barra de chocolate branco que é seu preferido e diz que gostaria de poder comê-lo sem culpa. Em outro, faz um coração porque diz que tem mania de dizer a frase "ai que amor", ainda que não caiba na situação. Conta que foi repreendida pela chefe, uma vez, por ter dito isso a um cliente totalmente fora de contexto. Tal "mania" representa um mecanismo de evitação de contato, mesmo que inicialmente possa parecer o contrário. Não possui vida social ativa e diz que se sentiu mal quando, recentemente, uma amiga foi buscá-la para sair, uma vez que não se considera merecedora do carinho dos outros. Relata outra situação em que foi assaltada e não sentiu raiva do ladrão, pois ela "mereceu". Seu quadro de distúrbio alimentar piorou quando um namorado a deixou, tendo ela certeza de que o rapaz a deixou porque engordou.

Finalmente, o caso D. é de uma paciente do sexo feminino de 23 anos, estudante universitária. Passou por três internações, duas tentativas de suicídio e se automutila com frequência. Seus braços, inclusive, são bastante marcados por cortes em toda sua extensão (como os troncos das árvores desenhadas). Os desenhos, graficamente, são muito mais ricos quando comparados aos dos outros casos e a paciente conta histórias para todos eles. O primeiro desenho é de várias árvores juntas, muito próximas umas das outras. Ela conta a história de uma floresta habitada por seres mágicos não compreendidos pelos seres humanos - estes achavam que eram seres malignos e os matavam quando os viam. No entanto, uma criança ficou escondida por ali e assistiu os seres mágicos interagindo entre si, percebendo neles a beleza que os outros não viam. E, quando essa criança cresceu, passou a contar essa história a seus filhos. O desenho e análise da história reforçam a sensação de solidão e incompreensão que a paciente vive. O segundo desenho representa uma garota possuída por um ser metade homem metade boi e que a levou a matar a mãe e o gato. Esse ser aparecia em forma de sombra quando a menina se olhava no espelho. Pode-se deduzir que esse "ser" que a possui, que a controla, é uma parte dela mesma (aparece no espelho) que se exterioriza pela agressividade e pelo sadismo. No entanto, a paciente não consegue lidar com essa agressividade que volta para si mesma na forma de seu distúrbio alimentar e, nesse caso, da automutilação. O terceiro desenho é de uma casa pegando fogo e mãe e avó fora da

casa desesperadas por não terem conseguido salvar os filhos/netos do incêndio. Aquilo que chama atenção nesse desenho é a figura dos filhos e da mãe, assim como da mãe e vó (também filha e mãe). O papel da relação mãe-filha é crucial no entendimento da gênese de um distúrbio alimentar em uma perspectiva psicanalítica. No desenho, está representada a mãe que não salvou os filhos do incêndio e também a mãe que está com a filha do lado de fora com a casa em chamas. A mãe que abandona e também a mãe que acolhe. Uma tentativa, talvez, de ressignificação da figura materna na representação do acolhimento. O quarto, por sua vez, é o desenho de uma assassina de aluguel que matou por engano o filho do homem que estava encomendado para a morte e isso a fez repensar o seu trabalho. Ela considerava-se uma assassina do bem por matar apenas pessoas que mereciam. No entanto, nunca havia refletido a respeito da família dessas pessoas que matou e como a morte do ente querido as afetava. Por fim, tenta recomeçar a sua vida, livrando-se desse emprego, mudando-se de cidade e se casando. No desenho, a fechadura está bem marcada, evidenciando a vontade de isolamento. É possível vislumbrar o final feliz nessa história, apesar de acontecer a mudança de vida da mulher de uma maneira quase mágica. O último desenho é de uma mão pedindo ajuda. Ela diz que gostaria de ter desenhado uma mão se estendendo, mas não conseguiu. Não sente que é capaz de receber ajuda. Conta também que acha pulsos sem marcas bonitos e que gostaria que o seu próprio pulso não carregasse as marcas de automutilação, porque assim fica muito exposta. Observa-se seu sentimento de abandono, impotência e dificuldade de relacionar-se. Não tem perspectiva de melhora. Não utilizou cores em nenhum de seus desenhos.

Aspectos em comum entre as pacientes analisadas a partir de seus desenhos e histórias podem ser observados. Todas apresentam sentimentos depressivos, ideias suicidas, pouca ou nenhuma esperança de melhora, dificuldades em manter relacionamentos afetivos com parceiros amorosos, revelam isolamento social e pouca inserção em grupos. Pouca ou quase nenhuma cor foi utilizada nos desenhos e três das quatro pacientes apresentaram dificuldade em contar histórias para os desenhos, preferindo falar de si mesmas, evidenciando sentimentos de carência afetiva.

A maior parte das pacientes apresentava sintomas de bulimia e anorexia, purgando os alimentos quando ingeridos e privando-se deles em outros momentos. A linha que

separa os dois distúrbios às vezes se torna um pouco tênue em pacientes que apresentam ambos os sintomas, mas elas costumam ser diagnosticadas a partir do sintoma que se instala com mais força e frequência. A dificuldade de contato com as pacientes foi algo que dificultou os encontros e as aplicações. Procedimento muitas delas recusavam qualquer contato ou respondiam de maneira rude, o que exigiu revisão de estratégias de abordagem e desenvolvimento de habilidades para lidar com essa recusa frequente, que reflete também um aspecto comum da personalidade dessas mulheres.

A agressividade voltada contra si mesmas ficou mais evidenciada no caso D., mas está presente em todas, levando também à pouca esperança de melhora e de sair do caso agudo da doença. É um desalento que parece acometer a todas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora se trate de resultados preliminares, devendo-se aumentar a amostra a fim de permitir mais generalizações, o Procedimento de Desenhos-Estórias mostrou-se sensível para uma aproximação junto às pacientes abordadas e o levantamento de alguns traços de personalidade e de funcionamento mental delas. A análise obtida e os resultados advindos desse projeto poderão servir de subsídio para a reflexão de psicólogos que se encontram inseridos no campo da saúde, mais especificamente relacionados a pacientes com transtornos alimentares. Dessa forma, conhecendo aspectos característicos de sua personalidade, sejam eles similares entre os doentes ou diversos, é possível pensar em intervenções e formas de atuação mais significativas dos profissionais.

REFERÊNCIAS

Abreu, C. N.; Cangelli Filho, R. (2005). Anorexia nervosa e bulimia nervosa: a abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Psicologia: teoria e prática*, 7(1), 153-165. Recuperado em 12 de maio de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872005000100012&lng=pt&tlng=pt. <https://www.anred.com/stats.html>

Alvarenga, M.; Larino, M. (2002). Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 39-43.

Bechara, A. P. V.; Kohatsu, L. N. (2006). Tratamento nutricional da anorexia e da bulimia nervosas: aspectos psicológicos dos pacientes, de suas famílias e das nutricionistas. *Vínculo*, 11 (2), 07-18. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902014000200003&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 27 mar. 2016.

Borges, N., et al. (2006). Transtornos alimentares: quadro clínico. *Revista de Medicina*, 39 (3), 340-348. Disponível em <http://cbn.globoradio.globo.com/series/juventude-no-diva/2015/06/10/BULIMIA-E-ANOREXIA-ATINGEM-QUATRO-A-CADA-CEM-PESSOAS.htm>

Freud, S. (1918/1980). História de uma neurose infantil. Obras completas, ESB, v. XVII. Rio de Janeiro: Imago.

Fuks, B. B.; Campos, T. S. P. (2010). Anorexia: da urgência de uma nova prática clínica. *Tempo psicanal.*, 42 (1), 39-62. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-48382010000100002&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 27 mar. 2016.

Morgan, C.; Vecchiatti, I.; Negrão, A. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 18-23.

Oliveira, E. A.; Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiganoóstico. *Medicina*, 39 (3), 353-360.

Oliveira-Cardoso, E. A.; Santos, M. A. (2012). Avaliação psicológica de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: indicadores do Método de Rorschach. *Fractal, Rev. Psicol.*, 24 (1), 159-174. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922012000100011&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 12 maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922012000100011>.

Tardivo, L.S.P.C. O procedimento de desenhos-estórias e seus derivados: fundamentação teórica, aplicações em clínica e pesquisas. In: Anna Elisa Villemor-Amaral, Blanca Guevara Werlang (org.). (2008). *Atualizações em métodos projetivos para avaliação psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Trinca, W. (1976). *Investigação Clínica da Personalidade: o Desenho Livre como Estímulo de Apercepção Temática*. Belo Horizonte, Interlivros.

FÉLIX, VILÃO E MOCINHO DE “AMOR À VIDA”: HOMOSSEXUALIDADES E HETERONORMATIVIDADE NO HORÁRIO NOBRE

Eduardo Name Risk⁶⁵

Manoel Antônio dos Santos⁶⁶

Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil

Resumo: Desde os 1970, as novelas brasileiras retratam personagens homossexuais. No início, esses foram apresentados de modo efeminado e cômico. Atualmente, esse perfil mostra modificações e a ele se somam aqueles com características masculinizadas e com vínculos monogâmicos. A Teoria Queer é importante recurso teórico para analisar esta mudança, pois questiona a identidade do sujeito enquanto “portador” de uma “orientação sexual”. O presente estudo objetiva analisar as expressões de gênero e sexualidade do personagem Félix da telenovela “Amor à vida”. O material foi organizado conforme a Análise de Conteúdo na modalidade temática. Os dados foram analisados de acordo com a literatura da área de Comunicação e Teoria Queer. Félix foi retratado no princípio da trama como maquiavélico, ao passo que, no decorrer da história, arrependido, busca reparar os males feitos, estratégia exitosa e selada, ao final da novela, pelo “beijo” trocado com Niko. A caricata “regeneração moral” de Félix, de vilão a mocinho, embora a princípio possa ser entendida como positiva, é enquadrada heteronormativamente, visto que o protagonista alcança um relacionamento estável e familiar com seu parceiro. A “bicha má” transforma-se em um “gay do bem” que ocupa os altos estratos do “regime de visibilidade” das homossexualidades revelando o caráter identitário da trama.

Palavras-chave: homossexualidade; telenovela; gênero; Teoria Queer.

⁶⁵ Doutorando do Programa de Pós-graduação em Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil. É estudante vinculado ao Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (USP-RP), ao VIDEVERSO: Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual (USP-RP) e ao Quereres - Núcleo de Pesquisa em Diferenças, Gênero e Sexualidade (UFSCar), bolsista CAPES. E-mail: eduardonrisk@gmail.com

⁶⁶ Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil, Bolsista de Produtividade do CNPq, nível 1B. E-mail: manoelmasantos@gmail.com

Introdução

Na história da televisão brasileira, a telenovela conquistou espaço e audiência singulares ao longo das décadas de 1970, 1980, 1990 e, com modificações, a partir dos anos 2000. De acordo com Sadek (2008), a telenovela, “em contato diário com os espectadores, lança moda, induz comportamentos, opina acerca de polêmicas, presta serviços e participa do cotidiano do país” (p. 11). Para o autor, não há como negar a importante participação da telenovela no cenário cultural, político e dos costumes da sociedade brasileira. Segundo Hamburger (1998), “a novela se tornou um dos veículos que capta e expressa os padrões legítimos e ilegítimos de comportamento” (p. 468). De forma inesperada, a telenovela foi colocada como o mais importante produto da indústria televisiva e passou a problematizar o Brasil, “das intimidades privadas às políticas públicas” (p. 468). “Essa capacidade *sui generis* de sintetizar o público e o privado, o político e o doméstico, a notícia e a ficção, o masculino e o feminino, está inscrita no texto das novelas que combinam convenções formais do documentário e do melodrama televisivo” (p. 468).

Enquanto dispositivo capaz de retratar dramas privados de forma pública, como propõe Hamburger (1998, 2005), ao longo das décadas de 1970 a 2010, personagens homossexuais figuraram segundo diferentes perfis e variados graus de participação nas tramas (Silva, 2015). No entanto, “a partir de meados da década de 1990, as tramas começam a apagar as diferenças entre heteros e não-heterossexuais e o modelo da família nuclear burguesa passa a ser uma das principais aspirações de gays e lésbicas, em especial”, segundo Colling (2013, p. 88).

Para analisar essa realidade, além dos estudos da área de Comunicação, a Teoria Queer pode ser importante recurso teórico ao questionar o conceito de identidade como categoria fixa, coerente e natural capaz de, por exemplo, determinar o gênero e a sexualidade de forma direta (Penedo, 2008). Além disso, a referida teoria constitui instrumento teórico para analisar as recentes configurações das telenovelas brasileiras que tendem a padronizar a expressão das homossexualidades segundo feições identitárias, isto é, acabam por dar peso a categorias como “orientação sexual” em vez de as relativizarem ou as problematizarem.

A expressão do gênero é marcada por expectativas e atribuições padronizadoras das masculinidades e das feminilidades, fenômeno intitulado de “gêneros inteligíveis” (Butler, 2008): aqueles que constituem e sustentam relações coerentes e contínuas entre sexo, gênero, prática sexual e desejo, onde descontinuidades nessa “condição” só são entendidas em relação a essas mesmas normas, sendo por elas proibidas. A “verdade do sexo” é instituída pelas práticas organizadoras que constroem “identidades coerentes por via de uma matriz de normas de gênero coerentes” (p. 38), definindo oposições delimitadas e assimétricas entre “feminino” e “masculino”, concebidos como expressão tributáveis à “fêmea” e ao “macho”. De acordo com a matriz cultural que engendra a referida lógica binária, alguns tipos de identidade não são passíveis de existência, leia-se, aquelas em que o gênero não é fruto do sexo, cujas práticas desejantes não são expressão do sexo e do gênero (gays, lésbicas, trans). Conforme o discurso dominante, gêneros coerentes seriam a manifestação de leis culturais que regulam a sexualidade, aqueles que não se conformam a estas diretrizes seriam considerados falhas ou impossibilidades lógicas⁶⁷ (Butler, 2008).

Dessa forma, a Teoria Queer visa desconstruir identidades fixas e estáveis com base na crítica às oposições que a sustentam. Em outras palavras, a referida teoria rejeita determinismos biológicos, psicológicos e identitários para análise das relações de gênero e da sexualidade e põe em xeque a própria coerência e estabilidade do sujeito enquanto “portador” de uma “orientação sexual”, tendência observada na construção dos personagens homossexuais nas telenovelas.

Objetivos e Justificativas

O presente estudo objetiva analisar as expressões de gênero e sexualidade do personagem Félix da telenovela “Amor à vida”, de Walcyr Carrasco, transmitida pela Rede Globo meados de 2013 e início de 2014.

Boa parte da literatura da área de Comunicação a respeito das telenovelas parte de visões identitárias a respeito da temática, ou seja, da ideia de que homens e mulheres constroem-se subjetivamente conforme o modelo que pressupõe a heterossexualidade como natural e como condição previsível para expressão do desejo e das práticas afetivo-sexuais. Além disto, esta literatura tende a apontar a

⁶⁷ Em outras palavras, para Butler (2008), a matriz cultural compulsória organiza a relação direta entre sexo (biológico), desejo (psicológico) e gênero (sociocultural), elementos determinados binariamente. Quaisquer sexualidades que “fujam” desta relação causal e binária entre os referidos elementos são consideradas ilegítimas.

telenovela como importante elemento para modificação das relações de gênero no país: ao retratar personagens que não se encaixam nos padrões da heteronormatividade, a novela conseguiria estimular o debate público a respeito do tema e, assim, paulatinamente, modificar suas expressões no conjunto da sociedade. Este trabalho propõe-se a apresentar um ponto de vista crítico a esta literatura, pois se fundamenta na ideia de que a telenovela, por ser um segmento da indústria cultural, produz regimes de verdade sobre o desejo heterossexual e homossexual, assim como sobre as relações de gênero, muitas vezes segundo princípios heteronormativos ainda que aparentemente pareça instar o público à “modernização” e à flexibilização dos costumes.

Método

O material foi organizado de forma separada conforme a Análise de Conteúdo na modalidade temática (Braun & Clarke, 2006). A análise foi empreendida de modo gradativo conforme os seguintes passos: (a) transcrição de diálogos representativos sobre gênero e sexualidade; (b) contextualização da temática e dos personagens no conjunto da trama da telenovela; (c) leitura transversal do *corpus* da telenovela “Amor à vida” e delimitação de “unidades de registro” que originaram temas; (d) contextualização dos temas no conjunto dos dados; (e) incorporação dos dados mais relevantes em categorias centrais. Os dados foram analisados conforme o referencial teórico exposto na “Introdução”, a saber, estudos da área de Comunicação sobre telenovelas e Teoria Queer.

Resultados e Discussão

Félix mantém uma “vida dupla”, casado com Edith, com quem tem um filho adolescente e, às escondidas, mantém um relacionamento com Anjinho. Logo nos primeiros capítulos sua esposa descobre a traição, indigna-se e afirma que, embora muitas pessoas comentassem, “Mas ele não é gay? Mas ele não é gay?”, achava que aquele era apenas o “jeitinho divertido” do marido. Ao confirmar à Edith que de fato estava se encontrando com Anjinho, Félix pede que ela o perdoe, que ele havia cometido um deslize, mas que não a trairia mais: “Eu abri uma frestinha da porta do armário, eu dei uma escapadinha, mas volto! Eu entro dentro do armário e tranco a porta com cadeado, eu juro! Não me deixa, não me deixa!”.

Félix afirma que desde criança se sentiu “diferente” e que era ridicularizado pelos colegas de escola, mas que não tinha culpa de ter “nascido assim”, pois essa não era uma opção, que nunca havia frequentado “lugares gays” e havia tido algumas namoradas antes dela. Edith e sua mãe, Tamara, são dependentes da “mesada” de Félix, as duas são retratadas na trama como interesseiras, embora, de fato, Edith tenha acabado por se apaixonar pelo vilão que, em nome da honra, da família, da vontade de corresponder aos anseios heterossexistas do pai e de perfilar-se como herdeiro, acabara por viver uma vida dupla.

Nota-se que o regime do armário, consagrado na análise de Sedgwick (2007), faz-se concretamente presente na fala de Félix: “eu abri uma frestinha da porta do armário, eu dei uma escapadinha, mas volto”. Isto é, a ideia de que a homossexualidade deve ser vivenciada às escondidas, no segredo, em nome dos desígnios da família. No caso, o fato de negar os primados da heterossexualidade expulsaria Félix da linha sucessória da família de origem libanesa, casar-se com Edith era um meio de corroborar com as determinações do pai e também de ser por ele reconhecido, ao menos formalmente e socialmente, como homem, viril e digno de pertencer aos Khoury.

Félix, conhecido por suas maldades no início da trama, tais como, atirar em uma caçamba de entulhos a pequena Paulinha, sua sobrinha, filha de Paloma, tinha ciúme do vínculo entre sua irmã e seu pai, julgava que esse lhe fazia todas as vontades enquanto ele era rotineiramente tratado com aspereza. Na contramão do desejo de ser reconhecido e amado pelo pai, por ele apodado como “papi soberano”, estava o vínculo caloroso mantido com sua mãe, Pilar, apelidada de “mami poderosa”. Em várias cenas narra-se o encanto que o filho tinha pela mãe concomitante às “broncas” que lhe dava quando seus sapatos não combinavam com o restante de seus trajes. Claramente, nota-se que o autor da novela apela ao Complexo de Édipo, em sua forma invertida, banalizado, para justificar, ao menos psicologicamente, a homossexualidade de Félix.

Ou seja, a novela corrobora com a versão clássica do Complexo de Édipo, visto que, para Freud (1924/2006), em um “desenvolvimento normal”, esse complexo de sentimentos encerra-se por conta própria, “pelos efeitos de sua impossibilidade interna” (p. 193). Entre o medo da castração e o amor pelo pai ou pela mãe, vence na criança o cuidado narcísico de si, e ela desiste desse objeto de amor, substituindo-o, posteriormente, por outros que o simbolizem. No caso, Félix não teria conseguido

desvencilhar-se do envolvimento materno, recusando-se, inconscientemente, a abandoná-la como objeto de amor, mantendo-se como rival do pai, conforme retratado em boa parte da novela.

Convém apontar que, para Butler (2008), “embora Freud não o argumente explicitamente, dir-se-ia que o tabu contra a homossexualidade deve *preceder* o tabu heterossexual do incesto; o tabu contra a homossexualidade, com efeito, cria as ‘predisposições’ heterossexuais pelas quais o conflito edipiano torna-se possível” (p. 99-100). Em outras palavras, o menino e a menina ingressam na trama edipiana com “intenções” incestuosas heterossexuais que, por sua vez, são organizadas segundo uma lei internalizada que organiza identidades de gênero calcadas na heterossexualidade. As supostas predisposições são fruto de uma lei imposta, dissimulada e alçada como “natural”, posto que fundadas na exogamia do parentesco.

Por volta da metade da trama, Edith nota que o marido continua se relacionando com Anjinho, cansada, aproveita a ocasião de um jantar em família para revelar a todos que Félix é gay. Nesta cena, inicialmente, Félix desce para jantar, esbravejando com Edith, afirmando que a encontrou na cama do casal com um amante, fato por ela comprovado, ele então pede a separação. Edith aproveita a comoção do jantar para “desmascarar” a sexualidade do marido, afirmando que ele não cumpria o prometido: “voltar para o armário”. Inicialmente, o vilão nega a acusação da esposa, no entanto, sua antagonista tem “cartas na manga”, fotos em que Félix aparece trocando carícias com Anjinho. O vilão agride a esposa que passa a chamá-lo de “bicha” diante de toda a família. Chocado, César se nega a perdoar o filho e determina que esse reprima sua “orientação sexual” caso queira seguir trabalhando no hospital da família. A “saída do armário” de Félix acontece de forma traumática, embora seu pai desconfiasse de sua “heterossexualidade”, o casamento com Edith, o filho de ambos, prestava-se para enquadrá-lo ainda que forçosamente nos parâmetros hegemônicos da masculinidade.

O apelo ao casamento “disfarçado”, à formação de uma família nos moldes tradicionais, prestou-se para “masculinizar” Félix, embora em diversas cenas ele apresente expressões e gestos tidos como feminizados. Conforme a matriz compulsória da sexualidade, gays, lésbicas e transexuais figuram nos patamares mais baixos da hierarquia social, embora haja diferenciações entre as próprias pessoas não heterossexuais a partir de intersecções com outros marcadores da

diferença, como raça, etnia e classe social. No caso, Félix, a despeito de viver nos desvãos do armário, é rico, branco e bem-sucedido, o que o coloca em posição superior do ponto de vista da hierarquia, pelo menos entre homossexuais.

Muitas vezes descrito como interesseiro, a novela apresenta em várias ocasiões representações bastante sexualizadas e estereotipadas do vilão, como se esse estivesse sempre à “caça” de um parceiro para “transas ocasionais”. A lubricidade de Félix vai ao encontro das proposições de Hocquenghem (1972/2009) ao afirmar que a sociedade tende a “sexualizar” o homossexual, como se qualquer homem despertasse seu desejo.

Cumprir destacar a forma como Tamara e Edith, mãe e filha, são representadas em “Amor à vida”. Tamara é descrita como a sogra “aproveitadora”, agregada que vive na casa do genro, “segurando” o casamento da filha “aos trancos e barrancos” em nome da precária estabilidade financeira de ambas, proprietárias de loja de roupas de luxo pouco rentável. Edith trabalhou como garota de programa, ocasião em que conheceu César e aceitou ser paga por ele para “conquistar” Félix. Em alguns momentos da trama, Edith cumpre o pejorativo papel de “mulher traída”, inconformada por ter sido “enganada” pelo marido embora duvidasse de antemão de sua “orientação sexual”. Em outras situações, sempre em conluio com a mãe, busca tirar proveito da fortuna de Félix para garantir sua sobrevivência. Ou seja, a novela, tirante a “heroína” Paloma e a própria Pilar que, em alguns momentos revela-se capaz de “fazer maldades”, apresenta Tamara no papel da alcoviteira, da ladina, sempre disposta a tirar proveito do que lhe cai nas mãos.

Às experiências de opressão e discriminação explícitas sofridas por Félix, em decorrência de sua performance feminizada em determinadas circunstâncias, se opõem os “discursos de cunho misógino, sexista e racista” por ele emitidos de forma diluída, “menos perceptível e mais naturalizada” na trama (Silva, 2015). Embora a telenovela coloque em pauta a homossexualidade e os preconceitos sofridos pelo personagem principal desde a tenra infância, quando se trata da misoginia de Félix, não há nenhuma complacência ou qualquer preocupação em condenar explicitamente o aviltamento do feminino que se presta para alimentar o lado “cômico” do personagem.

Ao longo da novela, à medida que os personagens da trama vão descobrindo o “pacote de maldades” do vilão, Félix, arrependido, passa a reconstruir laços com pessoas de seu passado, inclusive com a irmã, Paloma, na tentativa de “libertar” o

pai, sequestrado e adoentado em decorrência da ingestão de doses letais de medicamentos administrados por Aline, sua nova mulher. No processo de “regeneração moral”, o então vilão conhece Niko que manteve por bom tempo relacionamento estável com Eron. O casal havia tido um filho, com o apoio da amiga Amarilys, “barriga de aluguel” de óvulo anônimo, cuja paternidade será reconhecida ao final da trama, o menino Fabrício era filho de Niko. Em outras palavras, a redenção de Félix decorre por paulatinamente se livrar do apodo pejorativo de “bicha má”, ligada à experiência de abjeção, ao reparar os danos feitos e apresentando-se como alguém arrependido. Para tanto, a lógica familista impera, o resgate da moral do vilão culmina com seu envolvimento amoroso com Niko com quem forma uma família homoparental, visto que cuidam de Fabrício e do filho de César e Aline, morta em decorrência de choque elétrico ao tentar fugir do presídio.

Independente do enredo rocambolesco da trama, capaz de deixar até os mais racionais confusos, destaca-se a família enquanto valor moral, núcleo de virtudes, capaz de unir dois homens em nome do amor e do sentimento paternal. Ou seja, embora se propague que “Amor à vida” trouxe visibilidade à homossexualidade, visto que pela primeira vez em uma telenovela das 21h um protagonista era gay, a audiência positiva fundamentou-se na lógica familista, heterossexista, dotando de positividade o enlace monogâmico, como se esse fosse a única possibilidade do “desejo homossexual” ou, pelo menos, a mais aceita segundo os enquadres da “normalidade”.

Neste sentido, é importante situar o que Miskolci (2014) intitula como “regime de visibilidade” no âmbito da sexualidade, “maneira como uma sociedade confere reconhecimento e torna visível certos arranjos amorosos, enquanto controla outras maneiras de se relacionar por meio de vigilância moral, da coibição de sua expressão pública, em suma, pela manutenção dessas outras formas amorosas e sexuais em relativa discrição ou invisibilidade” (p. 62). Para o autor, trata-se de uma ardilosa relação de poder, visto que em vez de exortar prescrições diretas, fundamenta-se em meandros indiretos bastante eficazes em relação ao que é esperado nas relações sociais cotidianas. Em trabalho posterior, Miskolci (2015) afirma que o novo regime de visibilidade, longe de ser visto apenas como positivo, prescreve um modo “correto” de estampar publicamente as homossexualidades por meio da mídia ao mesmo tempo em que cinde as próprias homossexualidades, pois “algumas passaram a ser mais reconhecidas, visíveis e se tornaram modelares enquanto outras foram

mantidas ou relegadas ao repreensível mesmo não sendo necessariamente invisibilizadas” (p. 68). Desta forma, a homossexualidade ainda é vista de modo negativo quando se trata de “homens femininos” e travestis, ou seja, quando apresenta o que o autor chama de “deslocamento de gênero”.

No que tange à Félix, embora desde o início da novela o personagem tenha conquistado aprovação e afeição da audiência, independente de seu “pacote de maldades”, suas expressões cáusticas eram atribuídas à “bicha-má”, isto é, ao estereótipo negativo associado à masculinidade feminizada, considerada narcísica, pronta para o escárnio de quem passasse por seu caminho. Não é à toa que ele se referia à sua secretaria como “cadela”, ao pai como “papi soberano” e à mãe como “mami poderosa”. Quando estreita seus laços com Márcia, “ex-chacrete” que fora sua babá, por ele alcunhada de “brega”, o lado cômico do personagem ganha notoriedade, em especial, nas cenas em que vende cachorro-quente na rua 25 de março, em São Paulo. Nestas circunstâncias, “Amor à vida” apela para o padrão como os gays foram caracterizados nas telenovelas, ao longo das décadas de 1970 e 1980, enquanto personagens “ferinos”, caricatos, feminizados e prontos para o ridículo. Por outro lado, é interessante notar como o autor da novela soube lidar, pelo menos no meio da trama, com a ambiguidade entre o “bem” e o “mal” esboçando paulatinamente como o “vilão” se torna o “mocinho” da trama em seu processo de regeneração moral e por que não afetiva e sexual?

Conclusões

É sabido que a telenovela, por sua forma elíptica, uma trama principal ligada a histórias secundárias, cujos personagens são planos e muitas vezes caricatos, não dá conta e tampouco intenta representar a complexidade subjetiva humana. Em que pese essas limitações, o que significa a ambivalência entre o bem e o mal na personalidade de Félix? A despeito das opressões sofridas na infância e na maturidade, narradas logo no início da telenovela, o personagem mostrava-se capaz de profundas maldades, tais como, atirar um bebê em uma caçamba, negar socorro à irmã desfalecida no banheiro do bar onde deu à luz. Ou seja, Félix foi retratado no princípio de “Amor à vida” como ambicioso e maquiavélico, ao passo que, no decorrer da história, arrependido, busca reparar os males feitos, estratégia exitosa e selada, ao final da novela, pelo “beijo” trocado com Niko e pelas as mãos entrelaçadas com seu pai.

A caricata “regeneração moral” de Félix, de vilão a mocinho, embora a princípio possa ser entendida como uma interpelação positiva de si e do outro, isto é, a tentativa de transformar seu personagem como alguém capaz de dar e de receber afeto, é enquadrada heteronormativamente, visto que o protagonista alcança um relacionamento estável e familiar com seu parceiro, Niko. Em outras palavras, a “bicha má” transforma-se em um “gay do bem” que ocupa os altos estratos do “regime de visibilidade” das homossexualidades tal qual discutido por Miskolci (2014, 2015).

Na pele da “bicha má” há um esforço de contra-identificação entre a audiência e o protagonista, a comicidade de Félix, seu humor cáustico, se por um lado aparentemente soa leve ou engraçado, por outro, diferencia-o do restante dos homens heterossexuais e viris. Embora Félix não concretize o “rosto do mal”, o público se sente no direito de subjugar-lo, isto é, de considerá-lo relativamente abjeto quando pratica seu “pacote de maldades”, conforme o conceito de abjeção tomado a partir de Butler (2011). “O processo de esvaziamento do humano feito pela mídia por meio da imagem deve ser entendido, no entanto, nos termos do problema mais amplo de que esquemas normativos de inteligibilidade estabelecem aquilo que será e não será humano, o que será uma vida habitável, o que será uma morte passível de ser lamentada” (Butler, 2011, p. 28).

Os referidos esquemas normativos, discursivamente engendrados, dividem a humanidade entre aqueles(as) que merecem ser vistos como “pessoas” – ligados a esquemas heteronormativos –, e aqueles(as) considerados(as) abjetos(as), menos humanos(as) ou até inumanos(as) conforme o regime de visibilidade. Aventa-se que a “regeneração moral” de Félix representa um desvio de identificação entre ele e o público, pois, por mais que continue “gay”, o personagem, ao final da trama, perfaz critérios de inteligibilidade social de modo que o “beijo” entre dois homens seja permitido e aplaudido por expressiva parte da audiência após às 22h da noite.

Referências

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Butler, J. (2008). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade* (R. Aguiar, Trad., 2. ed.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Butler, J. (2011). Vida precária. *Contemporânea: Revista de Sociologia da UFSCar*, 1(1), 13-33.

Colling, L. (2013). Mais visíveis e mais heteronormativos: A performatividade de gênero das personagens não-heterossexuais nas telenovelas da Rede Globo. In: L. Colling & D. Thürler (Orgs.), *Estudos e políticas do CUS: Grupo de pesquisa cultura e sexualidade* (pp. 87-110). Salvador: Ed. UFBA.

Freud, S. (2006). A dissolução do complexo de Édipo. In S. Freud, *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Vol. 19*. Rio de Janeiro: Imago, 2006. (Trabalho original publicado em 1924)

Hamburger, E. I. (1998). Diluindo fronteiras: As telenovelas no cotidiano. In: L. M. Schwarcz (Org.), *História da vida privada no Brasil: Vol 4. Contrastes da intimidade contemporânea* (pp. 439-487). São Paulo: Companhia das Letras.

Hamburger, E. I. (2005). *O Brasil antenado: A sociedade das novelas*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.

Hocquenghem, G. (2009). *El deseo homosexual* (G. H. Marre, Trad.). Barcelona: Melusina. (Original publicado em 1972)

Miskolci, R. (2014). Negociando visibilidades: Segredo e desejo em relações homoeróticas masculinas criadas por mídias digitais. *Revista Bagoas*, 8(11), 51-78.

Miskolci, R. (2015). Discreto e fora do meio: Notas sobre a visibilidade sexual contemporânea. *Cadernos Pagu*, (44), 61-90.

Penedo, S. L. (2008). *El laberinto queer. La identidad en tiempos de neoliberalismo*. Barcelona: Egales Editorial.

Sadek, J. R. (2008). *Telenovela: Um olhar do cinema*. São Paulo: Summus.

Sedgwick, E. K. (2007). A epistemologia do armário. *Cadernos Pagu*, (28), 19-54.

Silva, F. N. (2015). *Bicha nem tão má: Representações da homossexualidade na telenovela Amor à Vida*. (Dissertação, Mestrado em Comunicação Social, Faculdade de Comunicação Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUC-RS).

DESCOBRINDO-SE COM CÂNCER DE MAMA: A VIVÊNCIA DO PROCESSO DE CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA ^{68 69}

Janaína de Fátima Vidotti⁷⁰

Manoel Antônio dos Santos⁷¹

Resumo

A comunicação do diagnóstico de câncer de mama pode ser considerada um momento difícil, no qual diversos sentimentos podem ser vivenciados, como medo, angústia, tristeza e impotência, bem como pensamentos de pânico e morte. Este estudo tem por objetivo compreender como mulheres vivenciam o processo de comunicação do diagnóstico de câncer de mama. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, longitudinal e prospectivo. Colaboraram duas mulheres que se encontravam em processo de investigação diagnóstica e que receberam sua confirmação posteriormente. Os instrumentos foram um formulário de dados sócio demográficos, entrevista aberta, e diário de campo. A análise dos dados foi pautada no referencial teórico-metodológico da Fenomenologia. Os resultados mostram que, neste processo, a mulher comumente se depara com diversos medos e angústias relacionadas a um futuro incerto e com diversas fantasias relacionadas à doença. Constatou-se que vivências diversas coexistem, como medos, incertezas, tristezas, angústias e negação, com positividade, força, enfrentamento e aceitação. Além disto, destaca-se que tais vivências se alteram e alternam durante todo o processo de comunicação diagnóstica, não se restringindo ao momento de sua revelação. Conclui-se que o processo de investigação e comunicação do diagnóstico de câncer de mama pode ser uma experiência bastante complexa e não linear.

Palavras-chave: câncer de mama, investigação diagnóstica, Fenomenologia.

⁶⁸ Trabalho premiado pela Comissão Científica apresentado na sessão de pôster da 14ª Jornada APOIAR

⁶⁹ Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo
Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS

⁷⁰ Mestranda em Psicologia da Saúde e do Desenvolvimento da Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.. E-mail: janavidotti@gmail.

⁷¹ Professor Associado do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia – LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais prevalente no mundo e, depois do câncer de pele não melanoma, o mais comum entre as mulheres, correspondendo a 25% dos casos novos a cada ano (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2016). No Brasil, as taxas de mortalidade continuam elevadas, possivelmente pelo fato de a doença ser comumente diagnosticada em fases avançadas. Este tipo de câncer ocorre quando as células da mama passam a se dividir rapidamente e de forma desordenada sendo, portanto, uma neoplasia maligna que acomete as estruturas mamárias e que pode desenvolver metástase à distância, mas que é curável se detectada e diagnosticada precocemente (Jesus & Lopes, 2003; Zapponi, Tocantins, & Vargens, 2011).

Para Peres e Santos (2007), as repercussões psicológicas advindas com a experiência do câncer de mama podem variar em função dos diferentes momentos do tratamento. De acordo com Bergamasco e Ângelo (2001), o período de espera dos resultados da investigação diagnóstica, por exemplo, pode ser marcado por sinais de ansiedade, angústia, desamparo e medo da morte. Já no momento do diagnóstico, há um grande impacto inicial, que pode resultar em um trauma psicológico para a mulher recém diagnosticada, também marcado por pensamentos de pânico e morte e por sentimentos disfóricos, como tristeza, insegurança, ansiedade, desamparo, medo de sofrer além da conta e temores relacionados a um futuro incerto (Bergamasco & Ângelo, 2001; Peres & Santos, 2007; Rossi & Santos, 2003). Neste momento de confirmação da doença, algumas mulheres passam a se reconhecer como seres finitos e assumem a possibilidade de morte como parte da sua existência (Alves, Silva, Santos, & Fernandes, 2010; Rossi & Santos, 2003).

Mezzomo e Abaid (2012) entendem que o diagnóstico do câncer de mama representa, metaforicamente, a primeira forma de mutilação, uma vez que interfere em todas as significações que até então davam sentido à vida da mulher acometida pela doença. Além disso, a notícia do adoecimento também pode desencadear o sentimento de impotência, pois, a partir daquele momento, a mulher se encontra impossibilitada de decidir sozinha sobre seu próprio corpo e destino. Há, também, o temor de não poder mais cuidar de sua família, e o de se tornar dependente de outras pessoas para o cuidado consigo, bem como a sensação de estar vulnerável diante possibilidade de vivenciar sua própria finitude (Ferreira & Mamede, 2003; Silva & Santos, 2008).

Peres e Santos (2007), em estudo retrospectivo, analisaram as diferentes reações diante do diagnóstico de câncer de mama e verificaram que as respostas mais frequentes à confirmação foram a negação, a aflição, o enfrentamento e, comumente, o estoicismo, que corresponde à aceitação passiva da doença e ao entendimento de se que trata de uma fatalidade, sendo,

portanto, inevitável. Além disto, para Bergamasco e Ângelo (2001), ao descobrir-se com câncer de mama, a mulher vivenciaria representações do estar doente que remetem ao sofrimento, provocando sentimentos antagônicos de vulnerabilidade e determinação para o enfrentamento da doença, como medo e coragem, fraqueza e força.

Araújo e Fernandes (2008) compreendem que o modo como se dá a compreensão e a percepção em face do diagnóstico do câncer de mama sofre influências dos conceitos que a mulher tem dela mesma e da doença. Também para Bergamasco e Ângelo (2001), os significados atribuídos ao câncer afetam profundamente a maneira como a mulher recém-diagnosticada percebe a doença e a resposta de outras pessoas com relação a sua nova condição. Compreende-se que suas atitudes e comportamentos frente ao diagnóstico vão depender dos significados atribuídos ao câncer, de suas relações e interações sociais, dos papéis sociais desempenhados e do contexto sociocultural no qual se está inserido. Desta forma, o diagnóstico pode levar as mulheres a vivenciarem sentimentos contraditórios ante a doença, como o medo da morte e o desejo de reformular sua vida (Araújo & Fernandes, 2008).

Objetivo

O presente estudo tem como objetivo compreender, de modo prospectivo, como o processo de investigação e comunicação do diagnóstico de câncer de mama é vivenciado pela mulher.

Método

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório, prospectivo e apoiado na metodologia qualitativa de pesquisa e nos pressupostos do referencial teórico-metodológico da Fenomenologia. Colaboraram com o presente estudo duas em mulheres que se encontravam em processo de investigação diagnóstica relacionada à suspeita de possível neoplasia mamária e que receberam, posteriormente, a sua confirmação. As participantes foram arregimentadas no Setor de Mastologia e Oncologia Ginecológica da Unidade de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – HCFMRP.

Os instrumentos utilizados foram um *Formulário de Dados Sociodemográficos*, que envolve dados pessoais, sociais e econômicos dos participantes, englobando ainda o Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2015); o *Diário de campo*, elaborado a partir das experiências da pesquisadora nos momentos de aproximação com as colaboradoras, da coleta de dados e da observação realizada no próprio ambulatório; e, por fim, a *Entrevista fenomenológica*, tipo de entrevista que, através de uma pergunta aberta, procurar trazer e tornar presente a experiência vivida pelo colaborador (Amatuzzi, 2001).

A coleta de dados deu-se em três etapas. Primeiramente, em uma etapa pré-diagnóstica, após a identificação do “caso novo”, ou seja, aquele em processo de investigação inicial e primário, realização do convite e aceitação para a colaboração com a pesquisa, realizou-se a primeira entrevista. Neste primeiro momento, após a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, era realizada a aplicação dos instrumentos. A questão norteadora desta entrevista foi: *Conte-me como está sendo, para você, vivenciar esse momento de investigação de um possível diagnóstico de câncer de mama?* Em um segundo momento, no dia em que a comunicação diagnóstica ocorria, foi realizado um acolhimento imediato após o diagnóstico, que não foi audiogravado, apenas registrado em diário de campo. Por fim, após a confirmação do diagnóstico, realizou-se outra entrevista, a partir das seguintes questões: *Conte-me como foi, para você, vivenciar o momento de comunicação do diagnóstico de câncer de mama?* E: *Conte-me como está sendo, para você, vivenciar este momento de pós-diagnóstico e pré-cirurgia?* Em todas as etapas da coleta de dados houve o registro em diário de campo.

A análise dos dados foi pautada no referencial teórico-metodológico da Fenomenologia e nos procedimentos preconizados pela literatura produzida na área da pesquisa fenomenológica em Psicologia (Amatuzzi, 1996; Amatuzzi, 2001; Amatuzzi, 2009; Andrade & Holanda, 2010; Forghieri, 2004; Giorgi, 1985; Gomes, 1997; Gomes, 2007; Moreira, 2002; Valle, 1997).

Em relação às exigências éticas, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e do Hospital das Clínicas e Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (CEP-FFCLRP- USP), CAAE nº 49077515.5.0000.5407, bem como pelo Setor de Oncologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, protocolado sob o nº 82/2015, estando amparado na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos.

Resultados

As colaboradoras do estudo foram Carmem⁷², 66 anos, casada e residente de Ribeirão Preto, SP, e Ana, 67 anos, casada e residente de Jaboticabal, SP. Os resultados obtidos com as duas colaboradoras apontam que, na experiência do processo de investigação e consequente confirmação de um diagnóstico de câncer de mama, apesar de certas particularidades, alguns pontos podem ser compreendidos como constituintes do fenômeno investigado. Neste sentido, houve uma tentativa da pesquisadora de clareamento da estrutura deste fenômeno – a vivência do processo de descoberta do câncer de mama – e elucidação dos sentidos que este assume

⁷² Nomes fictícios

para consciência de quem o vivencia, ou seja, mulheres em processo de investigação diagnóstica.

Primeiramente, algumas especificidades entre os casos devem ser ressaltadas. Durante o processo de investigação, as colaboradoras apresentaram posturas significativamente diferentes em relação à possibilidade de câncer de mama e, posteriormente, à confirmação. Enquanto Ana, tendo demorado para buscar ajuda médica e com a mama já com aspecto mais afetado, tem alta expectativa de que o que tem não seja um câncer, o que resulta em uma intensa frustração diante da confirmação, Carmem, durante a entrevista inicial, mostra uma aparente adaptação à ideia de que possa estar com a doença, o que também pode ser observado diante de sua reação após confirmação diagnóstica, marcada por tranquilidade, aceitação e indiferença à notícia. Entretanto, como conta na entrevista posterior ao diagnóstico, o sofrimento diante da novidade vem em um momento subsequente, na noite após diagnóstico, quando constata que o que tem é, em suas palavras, “sério” e trará implicações significativas em sua vida.

Desta forma, destaca-se que o tempo individual de cada colaboradora diante do processo de confirmação diagnóstica de câncer de mama deva ser considerado ao se olhar para as experiências individuais. Entretanto, apesar dos tempos distintos apresentados por cada uma delas, que não vivenciaram este processo em uma única ordem e de forma idêntica, alguns pontos de convergência podem ser apontados, sugerindo uma estrutura para o fenômeno em questão.

Em geral, ao se olhar para todo o processo de confirmação diagnóstica, que começa nas primeiras suspeitas e se estende a momentos posteriores à comunicação, é possível observar que esta é uma vivência complexa, não linear e, sumariamente, difícil. Há, constantemente, uma oscilação entre medos e positivities, assim como entre a vivência de dificuldades e a busca por força para o enfrentamento da situação. Neste processo, diversos medos são vivenciados, podendo ser tanto particulares como comuns. Estes foram relacionados à doença, como especulações sobre suas causas e sobre seu alcance; ao tratamento, direcionados principalmente aos efeitos da quimioterapia; e à possibilidade de sofrimento decorrente do tratamento e do adoecimento. Já os medos particulares são relacionados à vivências pessoais, como para Carmem, que menciona o medo de tornar-se debilitada, perder sua funcionalidade e autonomia, parar de trabalhar e de passear, tornar-se dependente e ter que ser cuidada. Já Ana relata temer passar por esse momento sozinha, diante da ausência de seu marido, que está trabalhando em São Paulo.

Em geral, estes medos têm suas origens em incertezas relacionadas à doença, porém são constantemente amenizados pela existência de pensamentos positivos e pela tentativa de

afastamento de pensamentos negativos. Esta forma de se relacionar com a ameaça da doença foi comum, marcando a fala de ambas as participantes em todos os momentos da coleta de dados, inclusive após a confirmação diagnóstica, constituindo-se um aspecto comum desta experiência de se descobrir com câncer.

Neste momento de oscilação entre a vivência das dificuldades relacionadas à confirmação diagnóstica e a crença no sucesso do tratamento, há a presença da ideia de necessidade de força para o enfrentamento da situação e a compreensão de que esta exigirá de ambas uma espécie de luta. Desta forma, compreende-se que as colaboradoras entendem a situação como uma batalha da qual, apesar de esperarem saírem vivas, não consideram que sairão ilesas, pois há expectativa relacionada à vivência de sofrimentos oriundos, principalmente, do tratamento e evolução da doença. Ao pensarem sobre este sofrimento, recorrem a seus repertórios pessoais e buscam experiências com o câncer de pessoas de suas redes sociais para pensarem sobre suas próprias possibilidades.

Por fim, aponta-se que, no processo de descobrir-se com câncer de mama, faz-se possível sugerir que as fases do luto descritas por Kubler-Ross (1994) também puderam ser constatadas em momentos específicos das vivências de cada uma das entrevistadas. A negação, por exemplo, pode ser constatada quando Ana não busca por tratamento e acredita que o que tem na sua mama não é um câncer, assim como quando, para Carmem, a revelação do diagnóstico não é compreendida como tendo sido para ela. A raiva aparece revestida na percepção de injustiça e de não merecimento da doença. A depressão ocorre diante da confirmação diagnóstica, caracterizada principalmente pelo choro, tristeza e choque. Por fim, a aceitação surge na última entrevista de ambas as colaboradoras, quando se dizem mais tranquilas por estarem assimilado a novidade. Desta forma, é possível fazer um paralelo entre o luto descrito por Kubler-Ross (1994), mais relacionado à morte, e o luto vivido pelas colaboradoras do estudo, que, neste caso, pode estar relacionado, principalmente, à perda de perspectiva da vida como conheciam antes do adoecimento e, conseqüentemente, à necessidade de adaptação às mudanças necessárias diante desta nova fase da vida. Também nestes casos, estas vivências não ocorrem necessariamente nesta ordem e não se dão de modo único e isolado, intercalando-se e alinhavando toda a vivência.

Considerações finais

Este estudo teve como objetivo compreender como é a vivência de uma mulher que chega encaminhada a um hospital terciário para investigação final de um possível câncer de mama. Deste modo, é possível apontar que os resultados obtidos pelo presente estudo conseguem

lançar uma luz sobre algumas particularidades deste fenômeno, clareando-o e tornando a sua compreensão mais acessível.

Inicialmente, ressalta-se que a vivência do processo de investigação e confirmação diagnóstica pode ser considerada como bastante complexa, ambígua e não linear. Compreende-se que este é um período marcado pela vivência da esperança e positividade em relação ao resultado a ser descoberto sobre a alteração na mama que está sendo investigada. Mesmo existindo, em alguns momentos, a ciência da possibilidade de confirmação de um câncer, a esperança de que seus nódulos fossem benignos foi intensa entre as colaboradoras.

A confirmação do diagnóstico resultou, portanto, em uma quebra de expectativas, despertando sensações difíceis relacionadas à confirmação da doença. O momento do diagnóstico releva uma experiência difícil e limiar, pois nele são consideradas, principalmente, as inúmeras possibilidades diante da notícia, como dificuldades e mudanças que ocorrerão na vida de quem a recebe. Diversos medos e inseguranças emergem, refletindo a ideia de um futuro incerto, obscuro e indesejado, com possibilidades restritas e, na maioria das vezes, marcadas pelo sofrimento. Apesar de as reações no momento subsequente ao diagnóstico terem sido particulares, é possível considerar que a confirmação diagnóstica foi significativamente impactante, mesmo quando este impacto tenha se revelado em momento posterior à notícia, principalmente por remeter às colaboradoras a possibilidade de sofrimento e mudanças de vida advindas com o adoecimento, como é conhecido em seus repertórios pessoais.

Assim como anteriormente ao diagnóstico, a confirmação da notícia também é vivenciada, em um momento posterior, com significativa positividade, principalmente relacionada à eficácia do tratamento, que passa a ser significado como possibilidade de solução para o problema que se impôs. Aqui, destacam-se a fé e a força como poderosos recursos de enfrentamento apropriados e intensificados pelas colaboradoras neste segundo momento.

Por fim, ao se olhar para o fenômeno em questão, torna-se imprescindível destacar e caracterizá-lo como um processo. Ressalta-se que a confirmação diagnóstica não se dá apenas no momento em que a notícia é dada, mas que ocorre em meio a um processo sinuoso que se inicia desde as primeiras suspeitas e não termina assim que a comunicação ocorre. Neste sentido, aponta-se que tais vivências não são únicas e não se dão de forma isolada nos momentos específicos de vivência deste processo, mas que se repetem, mesclam-se e se opõem nas diversas fases. Ao se olhar para a vivência como um todo, compreende-se que não há uma linearidade nem um único sentimento relacionado e que várias vivências, como medo, positividade, tristeza e força, se dão ao mesmo tempo, sobrepondo-se e dando contorno à difícil experiência que é se deparar com um adoecimento grave como no caso do câncer de mama.

Referências

- Alves, P. C., Silva, A. P. S., Santos, M. C. L., & Fernandes, A. F. C. (2010). Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. *Revista da Escola de Enfermagem - USP*, 44(4), 989-995.
- Amatuzzi, M. M. (1996). Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 5-10.
- Amatuzzi, M. M. (2001). Pesquisa fenomenológica em Psicologia. In M. A. Bruns & A. F. Holanda (Orgs.), *Psicologia e pesquisa fenomenológica: Reflexões e perspectivas* (pp. 15-22), São Paulo: Ômega.
- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia*, 26(1), 93-100.
- Andrade, C. C., Holanda, A. F. (2010). Apontamentos sobre pesquisa qualitativa e pesquisa empírico-fenomenológica. *Estudos de Psicologia*, 27(2), 259-268.
- Araújo, I. M. A., & Fernandes, A. F. C. (2008). O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 12(4), 664-671.
- Bergamasco, R. B., & Ângelo, M. (2001). O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: Como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 277-282.
- Ferreira M. L. S. M., & Mamede M. V. (2003). Representação do corpo na relação consigo mesma após a mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 299-304.
- Forghieri, Y. C. (2004). *Psicologia fenomenológica: Fundamentos, método e pesquisa* (2ª ed.). São Paulo: Pioneira.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and Psychological Research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Gomes, W. B. (1997). A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. *Psicologia USP*, 8(2).
- Gomes, W. B. (2007) Distinção entre procedimentos técnico e lógico na análise fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 13(2), 228-240.
- Instituto Nacional do Câncer [INCA] (n.d.) *Tipos de câncer: Mama*. Recuperado em 18 de abril, 2016, de <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama>.
- Jesus L. L. C., & Lopes, R. L. M. (2003). Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. *Revista Enfermagem UERJ*, 11(2), 208-211.
- Kluber-Ross, E. (1994). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

Mezzomo, N. R., & Abaid, J. L. W. (2012). O câncer de mama na percepção de mulheres mastectomizadas. *Psicologia em Pesquisa*, 6(1), 40-49.

Moreira, D. A. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2007). Breast cancer, poverty and mental health: Emotional response to the disease in women from popular classes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(n. spe.), 786-791.

Rossi, L., & Santos, M. A. (2003). Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(4), 32-41.

Silva, G., & Santos, M. A. (2008). "Será que não vai acabar nunca?": Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(3), 561-568.

Valle, E. R. M. (1997). A Fenomenologia para a pesquisa psicológica. In E. R. M. Valle (Org.), *Câncer Infantil: compreender e agir* (pp. 27-56). Campinas, SP: Editorial Psy.

Zapponi, A. L. B., Tocantins, F. R., & Vargens, O. M. C. (2012). A detecção precoce do câncer de mama no contexto brasileiro. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(3), 386-390.

REPERCUSSÕES PSICOLÓGICAS EM FILHAS DE MULHERES ACOMETIDAS PELO CÂNCER DE MAMA

Mariana Gil⁷³

Janaína de Fátima Vidotti⁷⁴

Mayara Colleti⁷⁵

Manoel Antônio dos Santos⁷⁶

Resumo

O câncer de mama e seus tratamentos têm impacto não apenas sobre as mulheres acometidas, mas também sobre seus familiares. As filhas, especialmente, ainda têm de lidar com o medo de também virem a desenvolver a doença. Este estudo tem por objetivo investigar as repercussões psicológicas e os significados atribuídos ao câncer de mama por filhas de mulheres acometidas pela doença. Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo-exploratório. Participaram oito filhas de mulheres acometidas pelo câncer mamário. Utilizou-se para a coleta de dados um roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática. A análise dos dados foi realizada com base na literatura científica da área. Foram formuladas quatro categorias de dados que respondem ao objetivo do estudo. São elas: Mudanças na rotina e percepção de prejuízos pessoais da filha; repercussões na relação mãe-filha; preocupações e pensamentos a respeito de si mesma diante do câncer de mama; o câncer e suas metáforas. Conclui-se que as repercussões psicológicas do câncer materno sobre as filhas são apreciáveis. Porém, não receberam para si o apoio necessário por parte do serviço oncológico. Portanto, investir no acolhimento das necessidades psicológicas dessas filhas é uma preocupação a ser incluída na pauta da assistência em saúde.

Palavras-chave: câncer de mama; filhas; aspectos psicológicos; Psicologia da Saúde.

⁷³ Aluna do curso de graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista do Programa Unificado de Bolsas de Estudo para Estudantes de Graduação. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia – LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. Bolsista PIBIC-USP-CNPq. E-mail: marigil561@gmail.com

⁷⁴ Mestranda em Psicologia em Saúde e Desenvolvimento pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Mestrado da FAPESP, processo nº 2015/04445-2. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. E-mail: janavidotti@gmail.com

⁷⁵ Mestranda em Psicologia em Saúde e Desenvolvimento pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Mestrado da FAPESP, processo nº 2015/02166-9. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. E-mail: mayaracolleti@usp.com.br

⁷⁶ Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq, nível 1B. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. E-mail: manomasantos@gmail.com

Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e consiste em uma das maiores causas de morte em mulheres, ocorrendo mais frequentemente após os 35 anos de idade (Brasil, 2014). Por sua alta incidência nas mulheres e também por apresentar elevadas taxas de sobrevivência na atualidade, o câncer de mama apresenta intensas repercussões físicas e psicológicas em muitas mulheres, mesmo após um longo tempo desde a descoberta e o tratamento (Emslie et al., 2007).

Os estudos evidenciam muitos efeitos físicos decorrentes da neoplasia mamária. Silva e Santos (2008) realizaram um estudo com 16 mulheres submetidas à mastectomia (retirada da mama) total ou parcial, seguida de quimioterapia e/ou radioterapia, buscando identificar os estressores físicos e as sequelas no corpo e no organismo das pacientes. As participantes relataram ter vivenciado dores e redução da amplitude de movimento do braço homolateral à cirurgia, mobilidade reduzida, dificuldades sexuais geradas pela quimioterapia e radioterapia, e sintomas de hipertensão.

Um estudo de Schmid-Büchi et al. (2013) também mostra que há diversos efeitos psicológicos decorrentes do câncer de mama. Os autores investigaram as principais necessidades de apoio de 177 mulheres recém-diagnosticadas com câncer de mama, e os resultados mostram que as questões psicológicas foram aquelas em que as pacientes mais necessitavam de ajuda nessa etapa do tratamento.

O câncer de mama tem também impactos no aspecto social e na qualidade de vida da mulher. Quarenta por cento das mulheres acometidas percebem mudanças positivas e negativas no funcionamento social, decorrentes da doença e de seu tratamento. A mudança positiva mais relatada foi a maior atenção recebida por parte das outras pessoas, enquanto que as mudanças negativas dizem respeito a algumas dificuldades decorrentes da doença e ao preconceito percebido por parte de algumas pessoas (Sales, Paiva, Scandiuzzi, & Anjos, 2001). Na avaliação da qualidade de vida feita no estudo de Huguet, Morais, Osis, Neto e Gurgel (2009), as mulheres apresentaram maior qualidade nos aspectos físicos do que nos psicológicos, após o câncer de mama.

Ao considerar os diferentes tipos de repercussões que o câncer de mama induz na vida da mulher, compreende-se que esta necessita de muito suporte e apoio. De todas as possíveis fontes de apoio, aquela que é considerada a mais importante nesse momento da vida da mulher é o suporte familiar (Ambrósio & Santos, 2011; Hoffmann, Muller, & Frasson, 2006). No estudo de Hoffmann, Muller e Frasson (2006), a maior fonte de apoio relatada pelas entrevistadas era

proveniente de parentes próximos, companheiros e amigos, sendo que os parentes próximos foram citados por 100% das mulheres como importante fonte de suporte social.

No entanto, é importante considerar também o outro lado, o de que o sistema familiar também sofre o impacto da doença. Ou seja, as repercussões do câncer de mama não incidem apenas sobre a mulher acometida, mas se estendem também a seus familiares (Biffi, 2003; Biffi & Mamede, 2010). A estrutura familiar é abalada pelo câncer porque, se a mulher se encontra em certo estado de ânimo, a família é acometida pelo mesmo estado, e vice-versa. Desse modo, com as mudanças e a adaptação que a doença exige dos familiares, todos podem ser, de algum modo, afetados também de forma profunda, tanto em sua rotina quanto no campo psicológico (Sanchez, Ferreira, Dupas & Costa, 2010).

Segundo Sales et al. (2001), o componente familiar mais reconhecido como fonte de apoio pelas pacientes foram os filhos, e 77% das mulheres conversam sobre o assunto com eles. No entanto, embora exista certa preocupação na literatura em investigar as repercussões psicológicas do câncer de mama nos companheiros e demais familiares das mulheres acometidas pela doença, pouco se sabe sobre o impacto psicológico específico nos filhos dessas mulheres, e menos ainda sobre as repercussões nas filhas (do sexo feminino) particularmente. Isso acontece especialmente quando se fala em literatura na língua portuguesa.

No que diz respeito às filhas das mulheres acometidas pelo câncer de mama, uma pesquisa de Raveis e Pretter (2005) mostrou que as filhas dessas mulheres se veem em uma difícil situação de terem de lidar com suas próprias emoções e com as emoções e reações de suas mães, ao mesmo tempo em que procuram alternativas para auxiliá-las a amenizarem suas preocupações. No estudo de Araújo e Nascimento (2004), em que foram entrevistados 10 familiares de mulheres com câncer de mama, uma das entrevistadas era filha. Essa participante relatou que, com a presença do câncer de mama em sua vida familiar, passou a se preocupar com o fato de poder também adquirir a doença, em vista de seu componente genético, além de passar a pensar mais em formas de prevenção da neoplasia mamária. Outro estudo afirmou que as filhas de mães com câncer de mama se preocupam com seu futuro significativamente a mais que as filhas de mulheres saudáveis (Cappelli et al., 2005).

Justificativa

O câncer de mama em mulheres tem um impacto sistêmico, que repercute nos familiares. Sabe-se que essa enfermidade tem um componente genético e que as filhas apresentam predisposição aumentada para desenvolver a mesma doença que acometeu suas mães. Pode-se, então, esperar que as filhas sintam mais preocupação em contrair essa doença. Assim,

justifica-se a proposta do presente estudo, que tem como questão de pesquisa investigar as repercussões psicológicas da doença da mãe sobre as filhas.

O estudo focaliza as filhas (excluindo os filhos) devido à maior prevalência do câncer de mama nas mulheres e à predisposição possivelmente aumentada que as filhas de mulheres diagnosticadas com a doença têm de desenvolvê-la.

Objetivo

Este estudo teve por objetivos investigar as repercussões psicológicas do câncer de mama nas filhas das mulheres acometidas, e identificar os significados que elas atribuem à doença.

Método

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de corte transversal e abordagem qualitativa. O projeto que deu origem a este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição coparticipante – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP-USP, recebendo a aprovação também dessa instituição (processo número 33914714.6.0000.5407).

Participantes

Participaram deste estudo oito filhas de mulheres acometidas por câncer de mama. As mães estavam vinculadas a um serviço de apoio e reabilitação de mastectomizadas. Todas as participantes atendiam aos seguintes critérios: ser filha de mulher diagnosticada com câncer de mama, independentemente da idade, grau de estadiamento da doença e tempo de diagnóstico; ter idade igual ou acima de 18 anos; ter acompanhado de perto o período de diagnóstico e tratamento da mãe; e estar disponível para participar voluntariamente da pesquisa.

Para preservar seu anonimato, as oito participantes receberam nomes fictícios. Elas divergiram bastante em termos de idade (em um intervalo de 18 a 59 anos), ocupação e escolaridade.

Instrumentos

Na coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: (a) Formulário de Dados Sociodemográficos, complementado pelos itens de conforto doméstico e grau de escolaridade do chefe da família (Critério de Classificação Econômica Brasil); (b) Roteiro de Entrevista Semiestruturada, que foi desenvolvido pelos próprios pesquisadores a partir de uma revisão de artigos científicos recentes sobre a temática. Esse roteiro continha perguntas que investigaram

aspectos relacionados à experiência da doença materna e do tratamento do câncer de maneira geral, por meio de algumas questões de aprofundamento (focadas na questão do que mudou e do que permaneceu inalterado na vida da filha após o diagnóstico do câncer de mama da mãe). Desse modo, buscou-se aprofundar, gradualmente, na temática pertinente aos objetivos propostos; e (c) Diário de campo, que consistiu nas anotações realizadas pela pesquisadora logo após as entrevistas, incluindo suas impressões, sentimentos e pensamentos decorrentes da experiência vivenciada.

Procedimento

Coleta de dados. Após contato prévio com as participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a coleta de dados foi realizada individualmente, em situação face a face, ao longo de um encontro, e em local de preferência das participantes, de forma que sete escolheram fazer em uma sala reservada do serviço (REMA), e apenas uma delas preferiu que a pesquisadora fosse à sua casa. Primeiramente, foram preenchidas as informações contidas no Formulário de Dados Sociodemográficos. Posteriormente, realizou-se a entrevista. As entrevistas foram áudio gravadas em gravador digital, mediante anuência das participantes, e transcritas literalmente e na íntegra para posterior análise. Os dados do Diário de Campo foram redigidos após o encerramento da entrevista, de modo a assegurar uma descrição o mais completa possível da experiência que acabara de ocorrer.

Análise de dados. Primeiramente foram realizadas sucessivas leituras cuidadosas do material transcrito, e a sistematização de ideias, em que se organizou os eixos temáticos encontrados em cada entrevista. O próximo passo foi realizar uma análise horizontal de todas as entrevistas, identificando os pontos de semelhança e as diferenças entre elas, também a partir dos eixos temáticos anteriormente sistematizados. Para a organização dessa análise, foram utilizados os procedimentos de análise de conteúdo temático. Por fim, os dados obtidos foram discutidos com base nos achados dos estudos científicos, extraídos a partir de revisão da literatura.

Resultados e discussão

Após exaustivas leituras do material transcrito, foi organizado um sistema de temas presentes em cada entrevista realizada com as participantes (aqui denominadas de Marina, Vanessa, Magali, Gisele, Eliana, Carla, Ivete e Rafaela). A partir desses temas, formularam-se quatro categorias que são comuns a todas as entrevistas e que respondem adequadamente ao objetivo do estudo. Assim, foi possível realizar uma análise horizontal dos dados, identificando semelhanças e diferenças entre os relatos, apresentada a seguir.

Mudanças na rotina e percepção de prejuízos pessoais da filha

Na primeira categoria, o relato mais comum foi relacionado a serviços domésticos. Marina, Vanessa, Gisele, Ivete e Rafaela disseram que começaram a fazer mais tarefas em casa com o acometimento da mãe pelo câncer de mama, porque a própria mãe passou a não conseguir mais fazer as tarefas que fazia antes.

Três participantes, Vanessa, Carla e Rafaela, mencionaram prejuízos profissionais decorrentes do câncer de mama da mãe. Como exemplo, Carla abandonou uma carreira bem-sucedida da qual se orgulhava muito e que valorizava bastante, porque não conseguiu conciliar os cuidados da mãe à rotina de seu trabalho.

Duas participantes contam que tiveram prejuízos nos estudos decorrentes da doença da mãe, Gisele e Ivete. Gisele parou de estudar no ensino médio, e Ivete passou no curso dos seus sonhos em uma universidade pública, mas não conseguiu ir para outra cidade para fazer o curso porque o período coincidiu com o diagnóstico da mãe. Nessa subcategoria foram identificadas duas participantes. Considerando que eram as únicas que estavam em idade escolar quando aconteceu o diagnóstico da mãe, esse número torna-se expressivo por evidenciar que filhas em idade escolar tiveram prejuízos na continuidade de seus estudos e, portanto, do processo de escolarização e qualificação profissional.

Um estudo de Stiffler et al. (2008) constatou que uma das etapas pelas quais passam as filhas das mulheres com câncer de mama é a fase de oferecer apoio à mãe. Esse suporte se traduz de diferentes formas: realização de tarefas domésticas, apoio psicológico e, inclusive, apoio financeiro em alguns casos. Os resultados obtidos no presente estudo corroboram os dados encontrados no presente estudo e também podem explicar o porquê de alguns prejuízos profissionais e escolares, uma vez que as filhas passam a se dedicar integralmente à mãe.

Repercussões na relação mãe-filha

Na segunda categoria, acerca das mudanças no relacionamento entre mãe e filha em decorrência da doença materna, sete das oito filhas (portanto, todas as participantes, à exceção de Magali) afirmaram que a experiência com o câncer de mama fortaleceu a relação e a união com suas mães. Esse resultado também foi encontrado no estudo de Raveis e Pretter (2005), em que as filhas das mulheres com câncer de mama relataram que, apesar das mudanças na relação mãe-filha decorrentes da doença, seus laços com as mães se estreitaram. Magali e Eliana relataram que, depois da doença, a compreensão mútua (entre elas e suas mães) aumentou. Não houve relatos de impactos negativos da doença sobre a relação entre mãe e filha.

Além disso, é possível perceber, no que diz respeito à relação intergeracional, que no relato de todas as participantes aparecem elementos que indicam uma inversão de papéis na relação parental. Todas elas passaram a se comportar como cuidadoras, e também assumiram tarefas que já tinham sido incumbência das mães. Esse dado também foi encontrado por Stiffler et al. (2008) em um estudo em que as filhas afirmaram que sentiam que precisaram ocupar o lugar que antes era reservado à mãe na rotina familiar, portando-se muitas vezes como mães das próprias mães.

Preocupações e pensamentos a respeito de si mesmas diante do câncer de mama

Nessa terceira categoria, a maioria das filhas (Vanessa, Gisele, Eliana, Carla e Ivete) relatou ter medo de desenvolver a mesma doença que acometeu suas mães. Estudo quantitativo de Cappelli et al. (2005), realizado com 55 díades mãe-filha adolescente em que a mãe havia tido câncer de mama e outras 55 díades com mães que não apresentavam nenhuma doença física demonstrou que as filhas de mulheres com câncer de mama têm significativamente mais medo de desenvolver a doença do que as filhas de mulheres saudáveis.

Vanessa, Magali e Ivete, apesar de referirem ter esse temor, mostraram uma atitude positiva e de luta diante de um possível acometimento pelo câncer de mama, afirmando que “se acontecer, a gente corre atrás”, ou que não se entregam para o câncer de jeito nenhum. É possível que essa reação seja favorecida pelo fato de que suas mães tiveram um tratamento bem-sucedido, o que faz com que as filhas tenham esperança de remissão total do câncer de mama.

O câncer e suas metáforas

A quarta e última categoria diz respeito ao que as filhas pensavam sobre o câncer de mama ao momento da entrevista e como definiam a doença, ou seja, aborda como as filhas significam a doença. Essa categoria foi a que mais apresentou divergência, mas uma fala que apareceu recorrentemente foi a de que o câncer é uma doença muito triste e terrível.

Ivete e Rafaela, quando indagadas sobre o que era o câncer para elas, deram suas respostas em termos biológicos. Ivete já tinha dito que ama biologia e tem um interesse muito grande na área, o que explica sua definição sob esse vértice biomédico. Rafaela talvez ainda não saiba definir o que pensa sobre o câncer pelo fato de o diagnóstico da mãe ser ainda muito recente, o que pode ser uma possível explicação para o fato de ela ter formulado uma resposta em termos estritamente biológicos, porque é o que sabe concretamente sobre a doença.

Marina foi a única que relatou que o câncer de mama, para ela, é um dos tipos de câncer menos graves. No entanto, apesar de ser a única fala desse tipo encontrada neste estudo, esse

discurso não é incomum. No estudo de Tavares e Trad (2005), realizado com cinco famílias que tinham a mulher com câncer de mama entre seus membros, notou-se que o câncer de mama é visto pela maioria dos familiares como uma manifestação mais leve do “grande terror” que é o câncer em si. Isso acontece, segundo os autores, porque a mama, que é retirada em grande parte das vezes, não é um órgão que tem importância vital, ou seja, a mulher sobrevive mesmo sem ela. A retirada do tumor mamário, na percepção das participantes, representa a solução do problema, uma vez que se supõe que a cirurgia tem o poder de erradicar o câncer.

Considerações finais

Constatou-se que as repercussões psicológicas do câncer materno sobre as filhas são apreciáveis e que, na maioria das vezes, as participantes significam a doença de forma negativa. Apesar de experimentarem reações emocionais intensas, elas não receberam qualquer tipo de apoio por parte dos serviços oncológicos.

Conclui-se, portanto, que oferecer escuta e investir no acolhimento das necessidades psicológicas das filhas pode favorecer melhoria na assistência prestada, o que, indiretamente, pode beneficiar também as próprias mães, na medida em que isso pode reduzir suas preocupações em relação à manutenção de sua capacidade de oferecer proteção à sua prole e manter uma comunicação saudável com suas filhas.

Referências

- Ambrósio, D. C. M., & Santos, M. A. (2011). Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27, 475-484.
- Araújo, J. S., & Nascimento, M. A. A. (2004). Atuação da família frente ao processo saúde-doença de um familiar com câncer de mama. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(3), 274-278.
- Biffi, R. G. (2003). *A dinâmica familiar de um grupo de mulheres com câncer de mama*. Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Biffi, R. G., & Mamede, M. V. (2010). Perception of family functioning among relatives of women who survived breast cancer: gender differences. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(2), 269-277.
- Brasil. Instituto Nacional do Câncer - INCA (1996/2014). Instituto Nacional de Câncer. Recuperado em 26 de abril de 2014, de <http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>.

Cappelli, M., Verma, S., Korneluk, Y., Hunter, A., Tomiak, E., Allanson, J., DeGrasse, C., Corsini, L., & Humphreys, L. (2005). Psychological and genetic counseling implications for adolescent daughters of mothers with breast cancer. *Clinical Genetics*, 67(6), 481-491.

Emslie C., Whyte F., Campbell A., Mutrie N., Lee L., Ritchie D., & Kearney, N. (2007). "I wouldn't have been interested in just sitting round a table talking about cancer": exploring the experiences of women with breast cancer in a group exercise trial. *Health Education Research*, 22(6), 827-838.

Hoffmann, F. S., Muller, M. C., & Frasson, A. L. (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 239-254.

Huguet, P. R., Morais, S. S., Osis, M. J. D., Neto, A. M. P., & Gurgel, M. S. C. (2009). Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 31(2), 61-67.

Raveis, V. H., & Pretter, S. (2005). Existential plight of adult daughters following their mother's breast cancer diagnosis. *Psycho-Oncology*, 14(1), 49-60.

Sales, C. A. C. C., Paiva, L., Scanduzzi, D., & Anjos, A. C. Y. (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 263-272.

Sanchez, K. O. L., Ferreira, N. M. L. A., Dupas, G., & Costa, D.B. (2010). Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(2), 290-99.

Schmid-Büchi, S., Halfens, R. J. G., Müller, M., Dassen, T., & Borne, B. (2013). Factors associated with supportive care needs of patients under treatment for breast cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 22-29.

Silva, G., & Santos, M. A. (2008). "Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(3), 561-568.

Stiffler, D., Barada, B., Hosei, B., & Haase, J. (2008). When mom has breast cancer: adolescent daughters' experiences of being parented. *Oncology Nursing Forum*, 35(6), 933-940.

Tavares, J. S. C., & Trad, L. A. B. (2005). Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(2), 426-435.

RELAÇÕES AFETIVO-SEXUAIS DE PESSOAS TRANSEXUAIS

Mariana Furtado Silva⁷⁷

Manoel Antônio dos Santos⁷⁸

Universidade de São Paulo, USP-RP

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS

Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual

Resumo

Estudos mostram que o vínculo satisfatório com um parceiro significativo atua como proteção em relação a manifestações de estresse, ansiedade e depressão, além de ser igualmente protetivo durante a revelação e assunção da transexualidade. Contudo, pouco se conhece sobre a qualidade dos relacionamentos afetivo-sexuais das pessoas transexuais. A partir de tais considerações, o presente estudo teve por objetivo investigar e compreender as vivências de relacionamentos afetivo-sexuais de pessoas transexuais. Participaram do estudo duas mulheres transexuais (isto é, transexuais de “homem para mulher”). Para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada, sendo o conteúdo audiogravado posteriormente transcrito literalmente e na íntegra. Os dados da entrevista foram submetidos à análise de conteúdo na modalidade temática e os resultados foram analisados de acordo com o marco teórico da teoria dos roteiros sexuais de Gagnon e Simon. Os resultados encontrados apontam que mulheres transexuais encontram desafios para estabelecer relacionamentos amorosos duradouros. As participantes queixam-se de serem tratadas como objetos sexuais, de serem procuradas por parceiros potenciais somente para o prazer sexual deles, além de encontrarem relutância dos parceiros em assumirem o relacionamento amoroso. Ademais, observam-se posturas singulares de cada participante em relação aos seus limites na prática sexual com o parceiro.

Palavras-chave: Transexualidade; Identidade de gênero; Sexualidade; Afetividade; Relacionamento Afetivo.

⁷⁷ Mestranda do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). E-mail: marifs@usp.br

⁷⁸ Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Coordenador do VIDEVERSO - Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual (FFCLRP-USP). E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

Introdução

Em relação à família e à multiplicidade de formas e sentidos atribuídos à palavra, é possível refletir acerca do conceito a partir de diversos aspectos, dando foco na família como unidade doméstica (onde as condições materiais são asseguradas), como instituição, como um conjunto de laços de parentesco, entre outros diversos. Assim, Áries (1981, *apud* Silveira, 2006) considera que a família, como sentimento, não deve ser considerada normal, natural do homem, mas sim como uma construção sócio histórica, um universo de relações diversas que sofre mudanças internas e externas, implicando em estruturas e sentidos em transformação constante.

Como exemplo, Bourdieu (1994, *apud* Vilhena et al., 2011), discorre sobre a família como um “campo social”, contando com sujeitos que se reúnem a partir de relações mutáveis de poder. Já Moraes (2011), ao referir-se à família na atualidade, resgata o sentido do cuidar para definição da família como um espaço onde a valorização do cuidado determina os laços familiares, sendo então uma escolha pessoal, pautada na afinidade. Fonseca (1999), por sua vez, propõe uma visão de família pautada em relações estreitas e relativamente duradouras (se estendendo no tempo por gerações), baseadas na troca entre seus membros (reconhecimento de deveres e direitos na família).

Em relação ao modelo tradicional da família, este era baseado em uma rígida divisão de papéis entre o homem (provedor) e a mulher (cujo papel é definido pelo cuidado dos filhos e pelo cuidado com os afazeres domésticos) (Moraes, 2011). A partir desta concepção de família nuclear, com a presença do pai, mãe e filho, e com a naturalização deste modelo, é concebido que uma criança pode ter apenas um pai e uma mãe, agregando questões como procriação biológica, filiação, parentesco e cuidados da criação sob a mesma responsabilidade desta família nuclear, ignorando o papel do social na modelagem da família (Zambrano, 2006).

A partir das décadas de 60/70, com importante ação do movimento feminista no questionamento dos papéis sociais impostos, estes foram sendo flexibilizados, com o surgimento de novos arranjos familiares a partir de novos padrões de relações entre os sexos e novas concepções de conjugalidade (Goldenberg, 2003). O divórcio, a união livre, as recomposições familiares, novas técnicas de procriação e a criação da pílula anticoncepcional também são consideradas importantes causas destas significativas mudanças. Tais conquistas foram essenciais para o avanço no processo de busca de visibilidade das diferentes categoriais sociais de diversidade sexual. O início da desconstrução dos antigos roteiros de gênero

permitiram, por sua vez, que novas identidades de gênero reivindicassem seu espaço na sociedade.

Predomina-se hoje o modelo nuclear; porém, entre as famílias das camadas médias observou-se um aumento significativo nas experiências de vínculos afetivo-sexuais variados, no contingente de mulheres optando pela maternidade fora da união formalizada, no número de pessoas vivendo sozinhas, no número expressivo de famílias matriarcais, e até mesmo um crescente número de recasamentos e famílias recombinações (Goldenberg, 2003).

Para Goldenberg (2003), tais tendências desafiam a estrutura e os valores da família tradicional, nuclear e baseada no domínio patriarcal, porém, não conduzindo à sua extinção, com a construção de diversos arranjos familiares simultaneamente. A família tradicional, neste contexto, perde seu papel hegemônico, dando espaço para a construção dos mais diversos modelos de família. Para a autora, esta nova família, mais complexa, na qual os papéis são negociados e não impostos, promove a divisão dos afazeres domésticos, cuidado dos filhos e participação econômica de maneira mais igualitária.

É neste contexto, de flexibilização nos arranjos conjugais, que se inserem os relacionamentos conjugais das pessoas transexuais.

A conjugalidade refere-se à experiência de convívio, de compartilhamento de uma vida com alguém (Baldi, 2011). De acordo com Silveira (2006), a busca pelo vínculo amoroso está relacionada à busca da aceitação, de pertencer, de ser amado e amar alguém. Porém, a autora ressalta que o relacionamento amoroso da pessoa transexual é, por vezes, marcado pelo preconceito do parceiro e dela mesma que, por insegurança, busca a manutenção de certas regras rígidas em relação à sua identidade de gênero e orientação sexual (sendo o mesmo válido para o parceiro). Estas pessoas são marcadas pela constante busca de afirmação de suas identidades como homem ou mulher, como transexual, como travesti (Lomando & Nardi, 2013).

Em relação aos relacionamentos sexuais e amorosos de pessoas transexuais, os estudos psicológicos desenvolvidos a partir deste tema demonstram focos diversos, porém, com grande porcentagem concentrada na saúde mental (depressão e ansiedade) e no apoio social como facilitador das vivências da transexualidade.

Adentrando primeiramente na inclusão do relacionamento amoroso como fonte de apoio social, Soares et al. (2011) realizaram um estudo em um município do interior do Estado de São Paulo buscando compreender a relação de transexuais femininas com suas redes de apoio

social. Os resultados obtidos apontam que, apesar da percepção de apoio de parte da rede social, os relatos são marcados por medo de exclusão, rejeição e humilhação por parte da rede familiar e social. As participantes do estudo relataram dificuldades nos relacionamentos afetivo-sexuais devido à transexualidade, pois enfrentam o medo da rejeição pelo parceiro, além de dificuldades no estabelecimento de relacionamentos estáveis devido à insegurança e ao medo da reação provocada pela revelação de sua condição de transexual (Soares et al., 2011).

Dialogando com os achados de Soares et al. (2011), Dargie et al. (2014) realizaram um estudo no Canadá cujos resultados indicaram que a combinação de uma rede de apoio social adequada e um relacionamento amoroso satisfatório prediz maior nível de saúde psicológica em pessoas transexuais, com a apresentação de menos sintomas de depressão, estresse e ansiedade. A presença de apoio social e de um relacionamento amoroso saudável na vida de pessoas trans atua como fator de proteção, promovendo maior aceitação e segurança, o que por sua vez ocasiona a redução de sintomas de ansiedade e depressão.

Ainda em relação à qualidade dos relacionamentos entre pessoas trans e seus parceiros, Kins et al. (2008) exploraram as diferenças e semelhanças entre relacionamentos “tradicionais” e relacionamentos de mulheres com homens trans. Os resultados indicam que, para as mulheres que estavam em um relacionamento com homens trans, a maior vantagem – apontada como a fonte de sucesso da relação – era o fato de seus parceiros entenderem o que significa “ser uma mulher” melhor do que os homens biológicos, apontando fatores como respeito, honestidade, amor, confiança, compreensão e comunicação aberta como indicadores da saúde da relação afetiva. Ademais, não foram encontradas diferenças entre os casais relativas à satisfação sexual e relacional, o que por sua vez indica que os relacionamentos de homens trans podem ser satisfatórios e adequados tanto para eles como para as parceiras.

De forma consistente com esses dados, o estudo de Iantaffi e Bockting (2011) indica que mulheres transexuais enfrentam maiores obstáculos nos relacionamentos amorosos quando comparadas aos homens transexuais. Com amostra que abarcou 57 mulheres transexuais e 43 homens transexuais, a probabilidade dos homens trans de estarem em um relacionamento era superior às mulheres. Por outro lado, as mulheres transexuais apresentavam maior probabilidade de esconderem sua transexualidade dos parceiros, além de relatarem maior temor de rejeição por parte deles após a revelação da transexualidade. De modo complementar ao estudo de Iantaffi e Bockting (2011), Riggs, von Doussa e Power (2014) encontraram que, além da dificuldade de revelar a transexualidade e do medo da rejeição, mulheres transexuais com dificuldades em negociação nos relacionamentos amorosos apresentam menor esperança de um dia terem a experiência de um relacionamento amoroso ideal.

Diante do exposto, atenta-se para a necessidade de explorar as experiências amorosas e sexuais de pessoas transexuais, visto que, como apresentando anteriormente, relacionamentos amorosos e sexuais considerados satisfatórios pelas pessoas *trans* contribuem para promover o bem-estar e as mudanças positivas na saúde do indivíduo. Uma vez admitidas essas conjecturas, coloca-se como objetivo do presente estudo investigar e compreender os relacionamentos afetivo-sexuais de homens e mulheres transexuais.

Método

O presente estudo é um recorte de uma investigação mais ampla, que buscou investigar a rede familiar e pessoal significativa, e os relacionamentos afetivo-sexuais de homens e mulheres transexuais e compreender como esses relacionamentos estão inseridos em sua rede de apoio social. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, com delineamento transversal, desenvolvido a partir de um enfoque qualitativo de pesquisa. Como estratégia metodológica foi adotado o estudo de casos múltiplos, que permite uma exploração mais profunda das narrativas dos indivíduos e o aprofundamento do conhecimento relativo a fenômenos pouco conhecidos, como é o caso dos relacionamentos afetivo-sexuais na transexualidade (Alves-Mazzotti, 2006; Creswell, 2010; Gil, 1991).

Os estudos de caso apresentados referem-se às participantes Sofia e Rita de Cássia, duas mulheres transexuais que se encontravam em acompanhamento em um serviço de saúde especializado do sistema de saúde pública, o Ambulatório de Estudos da Sexualidade Humana (AESH) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HCFMRP-USP) da Universidade de São Paulo. O AESH oferece assistência a transexuais, incluindo avaliação médica, psicológica e social, com vistas ao acompanhamento do tratamento hormonal.

Tabela 1.

Características sociodemográficas das participantes

Nome Fictício	Idade (anos)	Profissão	Ocupação	Situação Conjugal
		Técnica em		
Sofia	24	Química	Desempregada	Solteira
Rita de Cássia	36	Técnica em Enfermagem	Técnica Auxiliar de Enfermagem	Solteira

Mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram realizadas com as participantes entrevistas individuais a partir de um roteiro de entrevista semiestruturado, sendo a duração das entrevistas de 1h21m e 1h19m, respectivamente. Para análise dos dados foi adotado o método de análise de conteúdo, na modalidade temática (Minayo, 2008). Os resultados apresentados aqui foram retirados da etapa de análise vertical dos relatos de cada participante. O objetivo desse procedimento é compreender as diversas construções sobre relacionamento afetivo-sexuais individuais, ou seja, de cada uma das mulheres transexuais que participaram do estudo, em termos dos *scripts* que articulam e dão sustentação aos discursos.

Desse modo, e consistente com o marco teórico-conceitual adotado (os roteiros sexuais, ou *scripting approach*, de Gagnon, 2006), o relato das participantes será assumido como um sistema representacional situado na confluência entre seus processos subjetivos (*scripts* intrapsíquicos ou da subjetividade), sociais (*scripts* interpessoais) e cenários culturais (*scripts* culturais). Esses *scripts* ou roteiros sexuais são esquemas cognitivos organizados, que dão inteligibilidade aos comportamentos das pessoas no contexto da vida familiar e social. As participantes, como de resto as pessoas de modo geral, necessitam desses roteiros para poder identificar uma determinada situação e como devem agir, uma vez imersas nesses contextos. Portanto, são guias de natureza psicossocial, que organizam as prioridades, expectativas e critérios de avaliação que norteiam o comportamento individual.

Resultados e Discussão

Rita de Cássia

Como uma transexual mulher, Rita estabelece relacionamentos com pessoas do gênero masculino, considerando-se heterossexual diante da sua identidade feminina. Porém, é possível observar no relato de Rita que assumir-se era somente o primeiro passo na sua busca por aceitação. A participante, em diversos momentos, discorre sobre a dificuldade de estabelecer um relacionamento amoroso onde o homem esteja disposto à assumir o relacionamento diante da sociedade, mantendo o relacionamento com a mulher transexual à parte de um relacionamento com uma mulher cisgênero.

A mulher transexual, nesse caso, é colocada na posição de “outra”, como segunda opção. O relacionamento é mantido como um segredo, como algo que deve ser escondido, mantido entre quatro paredes. Rita considera que dois fatores contribuem para isso.

Primeiramente, ela considera que mulheres trans são, muitas vezes, consideradas objetos sexuais, o que por sua vez leva os homens à procura-las apenas para satisfação sexual. Rita considera que o fato de muitas mulheres transexuais se voltarem à prostituição como meio de sustento como um dos fatores que possivelmente influenciam no fetichismo da transexualidade. Elementos da cultura, primariamente ocidental, influenciam na criação de estereótipos da mulher transexual a partir de interações interpessoais que não necessariamente representam a categoria social como um todo. As mulheres transexuais então são representadas como altamente sexualizadas pela recorrência de mulheres trans como profissionais do sexo e pela representação destas na pornografia consumida principalmente por homens. Estes elementos culturais, por sua vez, exercem forte influência no modo como são estabelecidas as relações entre mulheres trans e seus possíveis parceiros afetivo-sexuais.

O segundo fator que Rita aponta como influente na manutenção do sigilo do relacionamento por parte dos parceiros é o estigma presente na relação de um homem cisgênero heterossexual com uma mulher transexual heterossexual. Tal estigma, de acordo com Rita, está ligado à possibilidade do parceiro ser identificado pela sociedade como homossexual. Assim, o relacionamento é mantido em segredo para evitar quaisquer julgamentos por parte da sociedade em relação à sexualidade do homem.

Apesar do segredo, Rita destaca dentre seus relacionamento um em particular, um relacionamento de aproximadamente três anos com um homem. O homem em questão mantinha um relacionamento com uma mulher cisgênero, ao mesmo tempo em que mantinha um relacionamento com Rita em total sigilo. A situação, por sua vez, era perpetuada por Rita pelo afeto que sentia por ele, considerando-se extremamente apaixonada. A concepção do amor, construída a partir de elementos culturais, determina que, através deste, é possível superar qualquer barreira ou obstáculo. O sentimento, no caso de Rita, é considerado mais forte que o seu desejo de que seja assumida como namorada, como esposa, e por sua vez, atua como mantenedor do relacionamento às escondidas. Porém, tal concepção bate de frente com a ideia que Rita faz de um relacionamento ideal.

A concepção de um bom relacionamento para Rita é marcada por elementos culturais, com a presença de sentimentos positivos como amor, além de ser marcado pela validação deste relacionamento perante à sociedade. Tal concepção é comum no mundo atual, mesmo dentre pessoas cisgênero. O relacionamento amoroso, por si só, carrega um peso maior quando validado e reconhecido por seus pares, seja através do contato físico, apresentando seu outro significativo à família e amigos, seja por meio das redes sociais. Dentre as pessoas transexuais esse reconhecimento toma proporções maiores diante da dificuldade encontrada por elas de serem

reconhecidas suas identidades de gênero e orientação sexual. O reconhecimento do relacionamento por parte do parceiro é ao mesmo tempo uma validação da relação estabelecida entre dois indivíduos, ao mesmo tempo em que se configura como validação da identidade de gênero da pessoa transexual.

Intimamente ligada à maneira como se dão os relacionamentos de mulheres transexuais está o processo de construção de sua identidade de gênero. A identidade como mulher é construída partir de elementos psíquicos e culturais. Elementos culturais influenciam de maneira intensa a construção dessa identidade, muitas vezes de modo a enrijecer as concepções destas mulheres em relação ao feminino, seja em relação à aparência, à conduta em sociedade e à conduta sexual.

Exemplificando este ponto, Rita discorre sobre suas preferências na relação sexual, onde estabelece que o papel da mulher na relação sexual é ser penetrada, o que causa um estranhamento e desconforto na participante quando adota na relação sexual um papel ativo, de penetrar o parceiro a pedido deste. Para Rita, tal conduta vai contra sua concepção do que é uma mulher, de como uma mulher se porta, pois *“como a gente quer transparecer que é uma mulher, quando fala que é ativa, é estranho, né?”* Há uma restrição das possibilidades de repertório sexual da mulher a partir desta concepção, pois é colocado à ela o papel de ser penetrada, mantendo-se passiva durante a relação sexual.

Rita relata que somente penetra o parceiro diante do pedido deste, como modo de satisfazer o desejo do outro. Essa concessão feita por ela, porém, contradiz o que Rita considerado como satisfatório na relação sexual. De acordo com a participante, a satisfação é atingida através do prazer de ambos, porém, Rita demonstra uma preocupação maior com a satisfação do parceiro, submetendo-se a práticas sexuais que considera como desconfortáveis. É possível observar que sua sexualidade, suas práticas sexuais, estão intimamente ligadas ao desejo do outro, do parceiro, sendo tal colocação ilustrada ainda pelo fato de Rita afirmar que não recorre à masturbação para obter prazer sexual, pois obtém o prazer na relação com o parceiro.

Diante da dificuldade que Rita encontra nos relacionamentos amorosos, ela afirma estar se protegendo no momento e não procurar alguém. Quando questionada sobre o desejo de casar-se e ter filhos, ela afirma que desistiu de pensar em casamento, pois mesmo um relacionamento estável é difícil de encontrar.

Sofia

Sofia, quando questionada em relação à sua orientação sexual, considera-se heterossexual, com seu desejo afetivo-sexual voltado ao gênero masculino. Diante de suas vivências afetivas ao longo dos anos, Sofia destaca o relacionamento que teve aos 21 anos com um homem por aproximadamente dois meses. Ela conta que ele não sentia vergonha dela, que saíam juntos, frequentavam festas. Porém, diante da conduta dele, não considerava que ele à *“levava à sério.”* Sofia não foi apresentada à família dele, aos amigos, e não teve a oportunidade de apresentá-lo à sua família.

Para a participante, não era suficiente que o parceiro reconhecesse sua identidade e mantivesse encontros com ela. É necessária a validação do relacionamento por parte da família e dos amigos, assumir a relação entre os dois como um compromisso diante das pessoas importantes para ambos. O *“levar à sério”*, proveniente da cultura em que a participante está inserida, deposita no relacionamento expectativas quanto à conduta dos indivíduos que se propõem à manter a relação. Para Sofia, mais que validação, um relacionamento bom é *“mais um relacionamento... que a gente vê por aí, sabe, eu e uma pessoa, que a gente se ame, aí compartilha coisas, né, sai junto, assim, uma coisa assim. Divide momentos.”* Porém, mais que a dificuldade de encontrar alguém com quem estabelecer um compromisso sério, Sofia considera que a maioria dos homens veem as mulheres transexuais como um fetiche, como um objeto sexual.

Semelhante ao relato da participante Rita de Cássia, observa-se no relato de Sofia a influência de elementos do cenário cultura na criação de estereótipos da mulher transexual, tendo-as como altamente sexualizadas, colocando-as na posição de objetos sexuais disponíveis para satisfação sexual de homens heterossexuais, desconsiderando as vivências da sexualidade das mulheres transexuais. O cenário cultural, então, influencia o modo as mulheres trans e seus possíveis parceiros estabelecem relações afetivo-sexuais.

Acerca das vivências de sua sexualidade, Sofia demonstra certa flexibilidade em relação ao que considera como adequado para a mulher. Quando questionada sobre a masturbação, a participante relata mudança em sua conduta a partir do contato com o outro, pois durante a relação sexual, Sofia relata que seus parceiros procuravam a estimulação de seu órgão sexual, sendo tal prática inicialmente desconfortável, mas com o tempo, torna-se prazerosa.

Assim, o pênis, primeiramente, era rejeitado como possível fonte de prazer por não ser reconhecido como parte do corpo de uma mulher ideal. Porém, a partir da manipulação do órgão

por seus parceiros como meio de eliciar sensações prazerosas na relação, Sofia permite uma flexibilização de seus roteiros intrapsíquicos, renovando suas suposições acerca do que considera como adequado para a mulher durante a relação sexual. Tal flexibilidade, no entanto, encontra seus limites na possibilidade da penetração no sexo anal, penetração essa que deve ser feita pelo parceiro, pois a prática é socialmente estabelecida como papel do homem.

Apesar das dificuldades observadas nos relacionamentos estabelecidos até o momento, Sofia mantém-se esperançosa diante da possibilidade de encontrar alguém com quem possa estabelecer um relacionamento harmonioso e duradouro.

Conclusão

A partir dos casos expostos, é possível observar fortes semelhanças nas histórias de Sofia e Rita de Cássia. Ressaltando os pontos principais, considera-se que seus relacionamentos amorosos são marcados pelo silêncio por parte de seus parceiros por medo do estigma e do preconceito enfrentados no convívio social. Ademais, observa-se a imagem da mulher transexual como objeto sexual, consideradas então como fontes de prazer, mas colocadas de lado diante da possibilidade de um relacionamento completo, abarcando aspectos físicos, emocionais e sexuais.

Tais questões são importantes de serem abordadas pelos profissionais de saúde no acompanhamento da pessoa transexual. De acordo com a Associação Mundial de Saúde Sexual (2008), a saúde sexual é associada positivamente com autoestima, saúde mental, qualidade no relacionamento e qualidade de vida. Porém, apesar de haver consenso em relação à importância de se abordar a sexualidade na atenção à saúde, ainda são encontradas barreiras que dificultam o diálogo entre o profissional de saúde e o paciente.

Ademais, Boza e Perry (2014) e Meier et al. (2013) alertam para a necessidade de atenção às questões relacionadas à família e aos parceiros íntimos de pessoas *trans* por parte dos agentes de saúde, para encorajar a preservação da rede de apoio social diante das dificuldades associadas às vivências *trans*.

Referências

- Alves-Mazzotti, A. J. (2006). Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de Pesquisa*, 36(129), 637-651.
- Baldi, F. (2011). *Casamento e conjugalidade: núcleo de atendimento social sistêmico*. Disponível em: <<http://nassistemico.blogspot.com.br/2011/08/casamento-e-conjugalidade.html>>. Acesso em: 16 de maio 2016
- Boza, C., & Perry, K. N. (2014). Gender-related victimization, perceived social support and predictors of depression among transgender australians. *International Journal of Transgenderism*, 15(1), 35-52.
- Creswell, J. W. (2008). *Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Dargie, E., Blair, K. L., Pukall, C. F., & Coyle, S. M. (2014). Somewhere under the rainbow: Exploring the identities and experiences of trans persons. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(2), 60-74.
- Fonseca, C. (1999). Quando cada caso não é um caso. *Revista Brasileira de Educação*, 10, 58-78.
- Gagnon, J. H. (2006). *Uma interpretação do desejo* (L. R. Silva, trad.). Rio de Janeiro: Garamond.
- Gil, A. C. (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Goldenberg, M. (2003). Novas famílias nas camadas médias urbanas. *Terceiro encontro de psicólogos jurídicos*, Rio de Janeiro: EMERJ/ESAJ, 18-26.
- Iantaffi, A., & Bockting, W. O. (2011). Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy and transgender people's experiences of relationships. *Culture, Health & Sexuality*, 13(3), 355-370.
- Kins, E., Hoebeke, P., Heylens, G., Rubens, R., & De Cuypere, G. (2008). The female-to-male transsexual and his female partner versus the traditional couple: a comparison. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 34(4), 429-438.
- Lomando, E., & Nardi, H. C. (2013). Conjugalidades múltiplas nas travestilidades e transexualidades: Uma revisão a partir da abordagem sistêmica e da psicologia social. *Saúde em Debate*, 37(98), 493-503.

- Meier, S. C., Sharp, C., Michonski, J., Babcock, J. C., & Fitzgerald, K. (2013). Romantic relationship of female-to-male men: A descriptive study. *International Journal of Transgenderism*, 14(2), 75-85.
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento científico: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.
- Moraes, M. L. W. A. (2011). A nova família e a ordem jurídica. *Cadernos Pagu*, 37, 407-425.
- Riggs, D. W., von Doussa, H., & Power, J. (2014). The family and romantic relationships of trans and gender diverse australians: An exploratory survey. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 243-245. Doi: doi.org/10.1080/14681994.2014.992409
- Silveira, E. M. C. (2006). De tudo fica um pouco: a construção social da identidade do transexual. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Soares, M., Feijó, M. R., Valério, N. I., Santos, C. L., Siquieri, M., & Pinto, M. J. C. (2011). O apoio da rede social a transexuais femininas. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 21(48), 83-92.
- Vilhena, J. D., Souza, A. C. B. D., Uziel, A. P., Zamora, M. H., & Novaes, J. V. (2011). Que família?: provocações a partir da homoparentalidade. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 11(4), 1639-1658.
- Zambrano, E. (2006). Parentalidades" impensáveis": pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. *Horizontes antropológicos*, 12(26), 123-147.
- World Association for Sexual Health (2008). *Sexual Health for the millennium. A declaration and technical document*. World Association for Sexual Health, Minneapolis, MN.

METODOLOGIAS DE PESQUISA EM PSICOLOGIA E REFLEXÕES SOBRE O DELINEAMENTO QUANTITATIVO

Mário Augusto Tombolato⁷⁹

Manoel Antônio Dos Santos⁸⁰

RESUMO

Este estudo compreende uma reflexão introdutória básica sobre algumas características das pesquisas científicas em Psicologia, focando-se à construção conceitual e reflexiva da metodologia quantitativa. As pesquisas científicas são classificadas de variadas formas, a depender de sua natureza, área, abordagem, e seu paradigma, propósito e procedimento utilizado para alcançar seus objetivos. No delineamento quantitativo, o pesquisador utiliza-se de procedimentos estruturados e formais para a coleta de dados, que ocorre mediante controle, enfatizando-se a objetividade; e a análise dos dados se dá por meio de procedimentos estatísticos. Ao se refletir sobre o caráter metodológico e epistemológico, investigações quantitativas e qualitativas provêm de paradigmas distintos, e dessa forma, nenhuma das duas abordagens pode ser considerada mais científica que a outra. Com isso, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa.

Palavras-chave: Metodologia, Psicologia, Método Quantitativo

TEMA

Este estudo compreende uma reflexão introdutória básica sobre algumas características das pesquisas científicas em Psicologia, focando-se à construção conceitual e reflexiva da metodologia quantitativa.

INTRODUÇÃO: PESQUISAS CIENTÍFICAS TEÓRICAS E EMPÍRICAS

A palavra pesquisa tem como significado a ação ou o efeito de buscar e procurar (Kauark, Manhães, & Medeiros, 2010). Desse modo, o pesquisador, como atividade central do desenvolvimento do campo científico, tem como objetivos a resolução de um problema, e/ou a descrição de uma realidade/fenômeno, e/ou a compreensão de um determinado contexto, e/ou

⁷⁹ Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

⁸⁰ Professor Associado do Departamento de Psicologia da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

a predição de comportamentos e a determinação de causas (Cozby, 2003; Fonseca, 2002; Minayo & Sanches, 1993).

As pesquisas científicas são classificadas de variadas formas, a depender de sua natureza, área, abordagem, e seu paradigma, propósito e procedimento utilizado para alcançar seus objetivos. Logo, é essencial que o pesquisador conheça a complexidade dos tipos de pesquisa, para então definir, por exemplo, quais os instrumentos e procedimentos que melhor se adequarão em sua investigação (Kauark, Manhães, & Medeiros, 2010).

Inicialmente, as atividades no campo científico são classificadas em dois grandes eixos: Pesquisas Teóricas e Pesquisas Empíricas. As Pesquisas Teóricas tem como objetivo a construção, revisão e reconstrução de teorias, conceitos e ideologias. Já as Pesquisas Empíricas se caracterizam pela coleta de dados a partir de fontes diretas (pessoas) que conhecem, vivenciaram ou tem conhecimento sobre o tema ou situação pesquisada (Fonseca, 2002).

DESENVOLVIMENTO DO TEMA: PESQUISAS EMPÍRICAS QUALITATIVAS, QUANTITATIVAS E MISTAS

As Pesquisas Empíricas são classificadas como qualitativas, quantitativas ou mistas. Nesse momento, será apresentada uma síntese para contextualizar as características das pesquisas qualitativas e mistas. Posteriormente, as pesquisas quantitativas serão abordadas com maior detalhamento.

O delineamento qualitativo agrupa diversas estratégias de investigação, compartilhando cinco características: (a) a fonte direta dos dados é o ambiente natural, constituindo o investigador o instrumento participante; (b) os dados coletados são em forma de palavras ou imagens e não de números, sendo o mundo examinado com a ideia de que nada é trivial, que tudo tem potencial para constituir uma pista que permita estabelecer uma compreensão mais esclarecedora do nosso objeto de estudo; (c) os investigadores interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos; (d) os dados são analisados de forma indutiva, ou seja, não são coletados com o objetivo de confirmar ou infirmar hipóteses construídas previamente; ao invés disso, as abstrações são construídas à medida que os dados particulares que foram coletados vão se agrupando e, (e) o significado é de importância, desta forma, os investigadores estão interessados no modo como diferentes pessoas dão sentido às suas vidas (Bogdan & Biklen, 2010; Lüdke & André, 1986). Destarte, a pesquisa qualitativa centra-se na compreensão e na explicação da dinâmica das relações sociais e o interesse do pesquisador é na busca do significado das coisas (fenômenos, manifestações, ideias, sentimentos, fatos, entre outros) (Fonseca, 2002; Turato, 2005).

As pesquisas denominadas mistas abrangem as características dos delineamentos qualitativo e quantitativo. Os dados qualitativos e quantitativos são coletados e analisados para estudar um fenômeno em único trabalho. As tendências inerentes a um dos métodos podem neutralizar as tendências do outro método (Creswell, 2003). Dentro dessa modalidade, Turato (2005) realiza uma crítica a determinadas pesquisas:

Na realidade, muitos dos trabalhos assim denominados são apenas de construção quantitativa, já que encaixar simples citações literais de falas de sujeitos, que responderam a questionários previamente padronizados, não configura legitimamente a existência de uma reivindicada simultaneidade com pesquisa qualitativa (p.513).

No âmbito do delineamento quantitativo, o pesquisador utiliza-se de procedimentos estruturados e formais para a coleta de dados, que ocorre mediante controle, enfatizando-se a objetividade; a análise dos dados se dá por meio de procedimentos estatísticos (Gerhardt & Silveira, 2009). Os dados da pesquisa são quantificados, recorrendo à “linguagem matemática para descrever, representar ou interpretar a multidiversidade de formas vivas e suas possíveis inter-relações” (Minayo & Sanches, 1993, p. 241). Utiliza-se, inicialmente, o raciocínio dedutivo, caracterizado por ser um processo em que o pesquisador começa a partir de uma teoria ou arcabouço estabelecido e, então, coleta evidências para avaliar ou testar se a teoria é ou não confirmada (Gerhardt & Silveira, 2009; Sousa, Driessnack, & Mendes, 2007).

A pesquisa quantitativa considera a realidade com base na análise de dados coletados a partir do auxílio de instrumentos padronizados e neutros (Fonseca, 2002). Assim, a maioria das ideias ou conceitos é transformada em variáveis e as relações entre elas são testadas, o que envolve a análise dos números para a obtenção da resposta à pergunta ou hipóteses da pesquisa (Gerhardt & Silveira, 2009). As variáveis, em sua definição, consistem em qualquer evento, situação ou comportamento que tem ao menos dois valores. Cada variável representa uma classe geral, dentro da qual os potenciais valores irão variar. Para algumas variáveis os valores terão propriedades quantitativas, enquanto em outras não terão valores numéricos, mas simplesmente a identificação de categorias diferentes (Bogdan & Biklen, 2010; Minayo & Sanches, 1993).

É essencial destacar que uma variável é um conceito abstrato, que precisa ser traduzido em formas concretas de observação ou manipulação. Desse modo, os pesquisadores traduzem as variáveis em operações específicas, a fim de poder manipula-las ou medi-las. Raramente existe um método único e infalível para definir operacionalmente uma variável, desta forma, os pesquisadores precisam decidir qual deve ser usado, em função do problema a ser estudado, dos objetivos da pesquisa, entre outros (Bogdan & Biklen, 2010; Passer, 2014).

As pesquisas quantitativas são classificadas como experimental e quase-experimental. Nas pesquisas experimentais, uma variável é manipulada e outra é medida. Esse método almeja eliminar a influência de todas as terceiras variáveis estranhas, por meio da randomização, na influência de qualquer variável estranha é equivalente em todas as condições experimentais. Para eliminar a influência de características individuais, por exemplo, o pesquisador distribui os participantes pelos dois grupos de maneira randômica (Cozby, 2003).

Entre os subtipos de pesquisas experimentais, podem-se destacar três modalidades mais comuns: (a) pesquisas experimentais apenas “depois” com dois grupos homogêneos, denominados de experimental e controle, em que se aplica um estímulo ao grupo experimental, no final comparam-se os dois grupos para avaliar as alterações; (b) pesquisas experimentais “antes depois” com um único grupo definido previamente em função das suas características, em que produz-se no grupo estudado um estímulo e avaliam-se as transformações e, (c) pesquisas experimentais “antes depois” com um grupo experimental e de controle que são medidos no início e no fim da pesquisa (Fonseca, 2002; Kauark, Manhães, & Medeiros, 2010). Portanto, a pesquisa experimental caracteriza-se por utilizar designação aleatória, manipulação de uma variável e controles rígidos, o que permite maior confiança nas relações de causa e efeito. Por designação aleatória, entende-se que cada sujeito teve chances iguais de ser designado tanto para o grupo controle como para o grupo experimental, e seu uso busca eliminar viés sistemático. Ressalta-se que, quando qualquer destes requisitos não é atendido, o modelo deixa de ser experimental verdadeiro e passa a ser classificado como quase-experimental (Passer, 2014; Sousa, Driessnack, & Mendes, 2007).

Os desenhos quase-experimentais são usados para descrever, diferenciar ou examinar associações, em vez de procurar relações diretas entre variáveis, grupos ou situações. Com isso, não existem tarefas aleatórias, grupos controle, ou manipulação de variáveis, já que esse modelo utiliza apenas a observação (Cozby, 2003). Dentre as razões para se utilizar um estudo quase-experimental destaca-se que, um número de características ou variáveis não estão sujeitas, ou não são receptivas à manipulação experimental ou randomização e, além disso, por questões éticas, algumas variáveis não podem ou não devem ser manipuladas (Sousa, Driessnack, & Mendes, 2007; Turato, 2005).

As pesquisas quase-experimentais são tipicamente classificadas como descritivas e correlacionais. Os estudos descritivos ou exploratórios são usados quando pouco é sabido sobre um fenômeno em particular. Dessa forma, não há manipulação de variáveis ou procura pela causa e efeito relacionados ao fenômeno, uma vez que, o pesquisador apenas observa, descreve e documenta vários aspectos do fenômeno. As pesquisas correlacionais, por sua vez, envolvem

a investigação sistemática da natureza das relações ou associações entre as variáveis, em vez de relações diretas de causa-efeito (Cozby, 2003; Minayo & Sanches, 1993).

Os delineamentos quase-experimentais surgiram diante da necessidade de realizar pesquisas aplicadas, em situações que não é possível atingir o mesmo grau de controle que nos delineamentos experimentais (Cozby, 2003). Assim como as pesquisas verdadeiramente experimentais, as pesquisas quase-experimentais examinam relações de causa-efeito entre variáveis. Entretanto, uma das características da pesquisa quase-experimental é a falta de designação aleatória dos sujeitos aos grupos. As pesquisas quase-experimentais mais utilizadas são:

- A pesquisa pré-teste/pós-teste com grupo controle não equivalente é similar em muitas maneiras ao modelo pré-teste/pós-teste com grupo controle, exceto que neste modelo os sujeitos não são designados aleatoriamente aos grupos. Ambos os grupos são pré-testados e pós-testados. Entretanto, somente o grupo experimental é exposto ao tratamento.
- Na pesquisa série temporal interrompida com grupo controle os grupos são medidos ou testados repetidamente na mesma variável ao longo do tempo. Novamente, não existe designação aleatória aos grupos. O grupo experimental é exposto ao tratamento em algum momento na série enquanto o grupo controle não é exposto ao tratamento.
- Na pesquisa série temporal interrompida com um grupo, o pesquisador mede apenas um grupo repetidamente, tanto antes como depois da exposição ao tratamento.
- Na pesquisa contrabalanceada todos os grupos são expostos a todos os tratamentos e cada um dos grupos ou indivíduos é pós-testado depois de cada tratamento, sendo que o número de tratamentos e grupos deve ser igual (Cozby, 2003; Sousa, Driessnack, & Mendes, 2007).

No estudo correlacional, trabalha-se com duas variáveis, a Variável Preditora (ou Variável Independente) que é classificada como a medida usada para prever comportamento em outra medida e a Variável Critério (ou Variável Predita ou Variável Dependente) que é traduzida pelo Comportamento que um pesquisador deseja prever usando uma variável preditora (Cozby, 2003).

Um índice numérico da força da relação entre variáveis é chamado coeficiente de correlação. Os coeficientes de correlação são muito importantes para saber quão fortemente uma variável está ligada à outra (Dancey & Reidy, 2006). Há várias maneiras de calcular o coeficiente de correlação, o coeficiente mais comumente utilizado quando se discute fidedignidade é o coeficiente de correlação de Pearson.

O coeficiente de correlação de Pearson (r) pode variar de -1 a 1. Uma correlação 0 indica que duas variáveis não estão relacionadas. Quanto mais próxima de 1 a correlação estiver, seja de +1 ou de -1, mais forte será a relação. Os sinais positivos ou negativos fornecem informação

sobre o sentido da relação. Quando o coeficiente de correlação é positivo (com sinal +), há uma relação linear positiva (escores elevados numa variável estão associados com escores elevados na segunda variável). Uma relação linear negativa é indicada pelo sinal “menos” (escores elevados numa variável estão associados com escores baixos na segunda variável) (Cozby, 2003; Creswell, 2003).

Em um estudo de correlação, após encontrar o índice numérico que explica a relação entre as variáveis, torna-se importante o cálculo do Coeficiente de Determinação (r^2), que vai indicar a porcentagem (%) da variabilidade em Y (variável critério) que pode ser explicada pela variabilidade em X (variável preditora).

A análise de regressão é uma extensão da análise de correlação (Dancey & Reidy, 2006). Enquanto a correlação mede a força e a direção do relacionamento entre duas variáveis, a regressão dá origem a uma equação que descreve o relacionamento em termos matemáticos. Então a análise de regressão, possibilita prever o escore de uma variável (critério), com base no conhecimento do score em outra variável (preditora). Existem dois tipos de análise de regressão linear, a simples e a múltipla. Sendo que a simples é utilizada para descrever o relacionamento com apenas uma variável preditora e a múltipla permite descrever o relacionamento de duas ou mais variáveis preditora em relação a uma variável critério (Dancey & Reidy, 2006).

Em suma, a partir do breve panorama acerca das classificações e características das pesquisas empíricas, apresenta-se a seguir a Tabela 1, adaptada de Turato (2005, p. 511). Ela contém uma síntese comparativa de algumas diferenças e similaridades entre as metodologias quantitativas e qualitativas. Parte-se desse caráter demonstrativo a fim elucidar a análise dos níveis conceituais metodológicos de acordo com cada abordagem.

Tabela 1

Síntese das diferenças e similaridades entre os métodos quantitativos e qualitativos.

Níveis conceituais nas metodologias	Métodos quantitativos de campo e experimentais	Métodos qualitativos de campo
Paradigma mais influente	Positivismo	Fenomenologia
Atitude científica	Busca da explicação do comportamento das coisas	Busca da compreensão do ser humano
Força do método	Atribuída à qualidade da alta confiabilidade/reprodutibilidade dos resultados obtidos	Atribuída à qualidade da alta validade dos dados/achados que foram colhidos
Objeto de estudo	Fatos (vistos e descritos)	Fenômenos (apreendidos)

Objetivos de pesquisa		Estabelecimento matemático das relações causa-efeito	Interpretação das relações de significado dos fenômenos, como referidos pelas pessoas
Interesse por comparações		Ocorrências confrontadas entre grupos expostos e não-expostos a certas variáveis ou situações	Busca de comparações intergrupos é em vão
Desenho do projeto		Recursos preestabelecidos	Recursos em aberto e flexíveis
Tipos de instrumentos		Observação dirigida, questionários fechados, escalas, classificações nosográficas, exames laboratoriais, dados randomizados de prontuários, entre outros.	Pesquisador com seus sentidos: observação livre, entrevistas semidirigidas, testes projetivos, entre outros.
Amostragem		Randomizada: indivíduos selecionados ao acaso, representativos estatisticamente	Intencionada: busca proposital de indivíduos
Tratamento/Análise dos dados		Uso de técnicas bioestatísticas para organização dos achados, tabulados por especialistas	Uso de análise de conteúdo (entre outras): categorização por relevância teórica ou reiteração dos dados
Apresentação dos resultados		Em linguagem matemática (tabelas, quadros), habitualmente separada da discussão	Apresentada pelo uso de observações do campo e citações literais, integrada na sessão de discussão

Fonte: Turato (2005, p. 511)

CONCLUSÃO

De acordo com Furlan (2008), “método são procedimentos que consideramos adequados para

responder à nossa questão; não é um *a priori* da pesquisa, ele faz parte dela” (p. 25). Com isso, a escolha de uma abordagem de pesquisa em detrimento de outra deve acontecer em afinação

à pergunta e/ou hipótese do estudo, não se tratando, portanto, de uma abordagem ser superior à outra (Minayo & Sanches, 1993).

A partir do contato com a diversidade de pesquisas, percebi que a questão não limitava a obter um pleno domínio sobre a pesquisa quantitativa, mas a possibilidade de compreensão, de abordagens e delineamentos de pesquisa, necessária para assimilar e transitar entre os diferentes trabalhos e resultados de pesquisas que compõem o cenário acadêmico-científico.

O método quantitativo tem por objetivo testar a teoria que sustenta o estudo, sendo assim, não pretende desenvolver a teoria como em outros delineamentos metodológicos. Por exemplo, um estudo longitudinal com cerca de 50 participantes em que se pretende obter informações sobre a interação entre crescimento e maturação e de variáveis de aprendizagem e desempenho, há a possibilidade de perda de participantes no decorrer das etapas da coleta de dados. É essencial, na abordagem quantitativa, que o pesquisador conheça e considere os aspectos dos fenômenos e/ou processos sociais estudados. Uma vez que a manipulação objetiva e sofisticada de instrumentos de mensuração e análise podem não coadunar à compreensão de seus dados ou não abarcar as questões de pesquisa (Minayo & Sanches, 1993).

Por fim, ao se analisar o caráter metodológico e epistemológico, investigações quantitativas e qualitativas são de naturezas distintas e nenhuma das duas abordagens é mais científica que a outra. Nesse sentido, o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (Minayo & Sanches, 1993; Turato, 2005).

FONTES BIBLIOGRÁFICAS CONSULTADAS

- Bogdan, R., & Biklen, S. (2010). *Investigação Qualitativa em Educação*. Portugal: Porto.
- Cozby, P. C. (2003). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Creswell, J. W. (2003). *Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows*. 4 Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, J. J. S. (2002). *Metodologia da pesquisa científica*. Fortaleza: UEC.
- Furlan, R. (2008). A questão do método na psicologia. *Psicologia em estudo (Maringá)*, 13(1), 25-33.
- Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de Pesquisa*. Porto Alegre: UFRGS.
- Kaurak, F. S., Manhães, F. C., & Medeiros, C. H. (2010). *Metodologia da pesquisa: um guia prático*. Itabuna, Bahia: Via Litterarum.

- Lüdke, M., & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária – E.P.U.
- Minayo, M. C. S., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 237-248.
- Passer, M. W. (2014). *Research methods: concepts and connections*. New York: Worth Publishers.
- Sousa, V. D., Driessnack, M., & Mendes, I. A. C. (2007). Revisão de desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. Parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3).
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.

FENOMENOLOGIA E PESQUISA COM FAMÍLIAS HOMOPARENTAIS: REFLEXÕES E PROPOSTA DE ARTICULAÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA⁸¹

Mário Augusto Tombolato⁸²

Manoel Antônio Dos Santos⁸³

RESUMO

A pesquisa qualitativa fenomenológica visa, de modo geral, ampliar o conhecimento sobre o fenômeno estudado, por meio do conhecimento das vivências e significações oriundas das vozes dos próprios participantes. O presente estudo tem por objetivo apresentar algumas reflexões acerca da Fenomenologia e, com isso, articular os determinados princípios desse paradigma a um projeto de pesquisa, em andamento, que busca conhecer e analisar as vivências familiares de casais do mesmo sexo e seus/suas filhos(as), a partir do referencial teórico-metodológico da Psicologia Fenomenológica. A elaboração e divulgação de pesquisas nessa área podem fornecer elementos para novas reflexões que transformem posturas preconceituosas e excludentes frente ao desenvolvimento e à pluralidade das organizações familiares na contemporaneidade. Além disso, esse estudo poderá contribuir para gama de pesquisas que se inserem dentro do paradigma fenomenológico aplicado à psicologia.

Palavras-chave: Fenomenologia, Psicologia Fenomenológica, Homoparentalidade, Família.

TEMA

No segundo semestre de 2016, durante os dias 05 e 06 de setembro, cursei a disciplina condensada intitulada: “O Sentido do Humano: entre Fenomenologia, Psicologia e Psicopatologia” no “Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica” do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Os docentes responsáveis foram os professores doutores: Andrés Eduardo Aguirre Antúñez, Angela Ales Bello e Aparecida Turolo Garcia.

⁸¹ Apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP (Processo: 2015/09173-0).

⁸² Doutorando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

⁸³ Professor Associado do Departamento de Psicologia da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto

O texto a seguir está dividido em quatro momentos: (1) introdução teórico e reflexiva, (2) desenvolvimento do tema: as articulações e contribuições teórico-metodológicas em minha pesquisa, (3) conclusão, e (4) fontes bibliográficas consultadas para a elaboração deste estudo.

Introdução teórica e reflexiva

A partir deste momento estão apresentadas algumas reflexões teóricas que foram construídas após a participação na disciplina “O Sentido do Humano: entre Fenomenologia, Psicologia e Psicopatologia”.

A Ciência originalmente significa conhecimento, desse modo, a Filosofia é considerada Ciência. Na cultura ocidental, há distinção entre as concepções de Ciências, logo, não deveria haver absolutismo científico. Podemos, com isso, saber quais são, e para onde caminham, as ramificações do saber científico. A Fenomenologia, de forma geral, escava a interioridade do ser humano para que se possa compreender o que está fora dele. Nessa linha epistemológica das Ciências Humanas (Ciências do Espírito), há três elementos para se compreender o humano: corpo, mente e espírito. Por isso é posto um embate: a Psicologia, habitualmente, se veicula e se permeia em uma mentalidade da Ciência positivista (dualista).

Em 1917, de acordo com a professora Angela, Husserl publica um manuscrito que aborda as relações entre dois saberes: a Fenomenologia e a Psicologia. Nesse sentido, autores positivistas estudavam a Psicologia, mas não consideravam sobre a psique, ou seja, a Psicologia era compreendida sem elemento “alma”. Com isso, surge o apelo para se interpretar o ser humano não com a Psicologia, e sim com a Filosofia. Em meio a isso, Husserl discute que a Psicologia deveria ter a mesma função, por exemplo, da geometria e da matemática, sendo uma Psicologia descritiva para que depois se possa olhar para os aspectos individuais, desse modo, a redução à essência, retirar o supérfluo, como ele denominava.

Com tudo, o caminho filosófico proposto para se conhecer algo, que se apresenta do humano, é a captação da essência desse fenômeno que se apresenta. Nesse sentido, é captar a estrutura geral e dividir em aspectos. Por exemplo: o rubor de vergonha ou raiva. O que realmente sente essa pessoa? É necessário que o psicólogo seja descritivo, pois não está dentro do ser humano.

Dessa forma, Husserl retoma a espécie de gêneros das vivências e questiona: Onde nos encontramos? Na psique. Dado isso, temos a necessidade de um passo superior. Não é só necessário descrever. Tem que haver a análise da interioridade humano a partir de nossas experiências imediatas, como apercebemos imediatamente. A consciência são os saberes e sabemos porque estão as coisas que não sou eu.

Considerando a tripartição histórica (espírito, psique, corpo) Husserl indaga qual experiência as pessoas tinham para ter e fazer essa divisão? Porque para elas era evidente: estavam vivendo o corpo, o movimento do corpo impulsionado pela psique, e a psique sempre com a corpórea, sendo que todo esse movimento tem uma reação psíquica. A escolha de ser livre, por exemplo, vem do espírito. Por isso, a consciência acompanha as vivências, que é o mais profundo no ser humano. E, que é igual a todos como estrutura, porém se caracteriza como particular a cada um. Com isso o medo, exemplificando, depende de cada pessoa que terá reações próprias e individuais.

Husserl, em suas últimas obras, considerou que o psicólogo tem que penetrar na dimensão profunda do ser humano e diferenciar entre a vivência pura e a vivência pessoal. Por outro lado, é revelado que esse é o ponto de contato entre a Fenomenologia e a Psicologia.

É reconhecido que no ser humano existe uma estrutura cognitiva que é independente das características individuais. Isso atua para a compreensão dos seres humanos, isto é, como podemos nos compreender? A resposta é porque nós não só temos as experiências individuais, mas temos as estruturas que são universais. Essas estruturas entendidas como transcendentais vem antes da experiência do humano e contribui para a compreensão da experiência particular.

Por isso, sem a vivência universal da empatia, não poderíamos nos comunicar; compreendemos o outro pela vivência da empatia. Dentro dessa compreensão, podemos observar os significados das palavras de origem grega: simpatia (sinto junto), antipatia (sinto contra), e empatia (sinto dentro). Se então, o psicólogo sabe que há uma estrutura de vivência, verá em cada caso como se manifesta e particulariza essa articulação. E a patologia, nesse contexto, pode ser compreendida como o momento em que o humano sente o sofrimento.

Por fim, a Fenomenologia tenta responder e buscar sentido às três questões basilares que são da Filosofia: quem sou eu? Onde estou colocado? Quem fez tudo isso?

Desenvolvimento do tema: articulações e contribuições teórico-metodológicas

A partir da trajetória histórica, política e cultural da constituição da “família” no decorrer dos tempos, e da emergência dos arranjos familiares constituídos por pais gays e mães lésbicas, assiste-se atualmente a uma preocupação crescente com a questão da aceitação e possível regulamentação das famílias homoparentais.

As motivações para a escolha do tema deste estudo emergem, assim, da confluência entre o desejo e a necessidade de investigar, de maneira sistemática, a vivência de casais homossexuais e de seus/suas filhos(as). Desta maneira, no decorrer do desenvolvimento da pesquisa, buscar-se-á lançar luz para os aspectos que permitirão uma compreensão de questões pertinentes ao

tema respaldando-se nas vivências daqueles que protagonizam o cenário destas famílias divergentes do modelo heteronormativo.

Para tanto, intenciona-se dar voz aos protagonistas, para que eles/elas contem a partir de si próprios, a experiência viva da homoparentalidade. O estudo visa conhecer as vivências⁸⁴ da família homoparental a partir das vozes de quatro casais, constituídos por homens e mulheres homossexuais, e seus/suas respectivos(as) filhos(as).

No âmbito do percurso metodológico, considera-se, de acordo com Minayo (2010), que “a metodologia inclui simultaneamente a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização dos instrumentos (as técnicas) e a criatividade o pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade)” (p. 14). Tendo em vista os objetivos desta pesquisa, optou-se por realizar uma investigação qualitativa orientada pela abordagem fenomenológica, que possibilita uma visão compreensivo-interpretativa do fenômeno pelo vértice do vínculo direto e intersubjetivo estabelecido entre o pesquisador e os participantes (Forghieri, 2004; Lüdke & André, 1986). Primeiramente, considera-se que “a pesquisa qualitativa se ocupa com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2010, p. 21). Desse modo, a opção por essa estratégia metodológica possibilitará uma compreensão particular do objeto de estudo a partir da percepção da pessoa que vivencia uma dada situação.

A pesquisa qualitativa fenomenológica visa ampliar o conhecimento sobre o fenômeno estudado, a partir do levantamento de informações e significações oriundas das vozes dos próprios participantes, isto é, o conhecer em profundidade um dado fenômeno, sob o olhar de quem o vivencia (Ales Bello, 2006b; Martins, 1983; Martins & Bicudo, 1989).

A Fenomenologia, como escola filosófica, despontou no final do século XIX, na Alemanha, com a obra “Investigações Lógicas” de Edmund Husserl (Ales Bello, 2006a; Moreira, 2002). Na concepção de Husserl, a Fenomenologia se define como ciência dos fenômenos, isto é, um campo científico que almeja investigar aquilo que parece ou se releva a uma consciência. Desse modo, fenômeno é definido como aquilo que é revelado à consciência. A Fenomenologia questiona a ênfase atribuída pela ciência positivista do século XIX à exatidão, objetividade e neutralidade do conhecimento; o qual somente poderia ser alcançado a partir de métodos experimentais, fundamentados nas ciências naturais, como único modo para se chegar a uma verdade (Forghieri, 2004).

O processo de pesquisar na pesquisa fenomenológica baseia-se no construir a teoria a partir dos fatos e dos significados atribuídos a eles (Amatuzzi, 2001). O pesquisador busca ter acesso às descrições e informações apresentadas pelo próprio sujeito, considerando que as situações

⁸⁴ Considera-se vivência “a percepção que o ser humano tem de suas próprias experiências, atribuindo-lhes significados [...] acompanhadas de algum sentimento de agrado ou desagrado” (Forghieri, 1993, p. 19).

vivenciadas não encerram um sentido em si mesmas, mas adquirem um significado particular para quem as vivencia, e esse significado é relacionado à sua própria maneira de existir. Para a compreensão do fenômeno na ótica da pesquisa fenomenológica, deve-se seguir um método para compreender o sentido das coisas. Dessa forma, o compreender implica a capacidade de tornar explícito e transparente o que se mostra oculto, desvelar (tirar o véu) (Boemer, 1994). Desse modo, a Fenomenologia é uma reflexão sobre aquilo que se mostra (Ales Bello, 2006a; Heidegger, 1927/2002).

Por outro lado, torna-se importante observar também acerca das limitações da pesquisa qualitativa: ela se constitui a partir de um recorte da experiência dos participantes, logo não se tem como objetivo a generalização dos dados oriundos deste estudo para o universo da população das famílias homoparentais brasileiras. O que o pesquisador irá desvelar a respeito das vivências das famílias homoparentais permite descrever apenas as vivências dos próprios participantes. Neste sentido, não partirá de um problema específico, mas conduzirá sua pesquisa a partir de um questionamento, de uma indagação acerca de um fenômeno, o qual precisa ser situado, isto é, estar sendo vivenciado pelo participante (Martins, 1992). Do mesmo modo, não é pertinente a preocupação com “amostragem” ou com critérios externos que definiriam, *a priori*, o número de participantes.

A Entrevista Fenomenológica é a modalidade de entrevista que foi privilegiada como via apropriada para o alcance dos objetivos propostos pelo estudo, visto que permite maior interação entre entrevistado e entrevistador, favorecendo respostas mais espontâneas e a exploração de assuntos mais complexos (Boni & Quaresma, 2005). Como é recorrente em pesquisas com fundamentação fenomenológica, será utilizada uma entrevista aberta, que contempla uma questão norteadora: *“Conte-me como tem sido, para vocês, a experiência de conviver em família, desde o início até hoje”* (para os casais) e *“Conte-me como é a experiência de conviver em família”* [para os(as) filhos(as)]. Ao que será acrescentada a seguinte solicitação: *“Poderiam me descrever suas experiências o mais detalhadamente possível?”* O que se busca é que o entrevistado ofereça uma descrição mais completa possível de suas vivências.

Durante a realização da entrevista poderão ser construídas questões de aprofundamento. Como este termo sugere, são questões que permitem aprofundar o esclarecimento (ou desvelamento) da temática investigada e que buscam suscitar reflexões dos participantes. Por exemplo: *“Falem-me sobre o que mudou e o que não mudou na vida de vocês, depois que formaram uma família”*.

A entrevista fenomenológica prioriza, sempre, a interação entre entrevistado e entrevistador, de modo a favorecer a sustentação de um clima emocional que facilite a exploração de assuntos considerados sensíveis. Outras questões poderão ser incorporadas caso tenham pertinência aos assuntos que os participantes se mostrarem dispostos a compartilhar com o entrevistador acerca

do tema investigado (Martins & Bicudo, 1989). Desse modo, não seriam questões “prévias” à entrevista – e, portanto, exteriores à vivência da entrevista – mas inquietações que surgem no acontecer da interação com o pesquisador e que contemplam as vivências de família por parte dos protagonistas, por exemplo, suas experiências emocionais diante da convivência doméstica e da vida de relações extramuros.

As entrevistas serão audiogravadas, transcritas na íntegra e analisadas a partir do referencial metodológico da Fenomenologia: por meio da descrição, redução e interpretação.

CONCLUSÃO

O conhecimento gerado, a partir da conclusão dessa pesquisa em andamento, permitirá aprofundar a compreensão do fenômeno, oferecendo subsídios para o planejamento de estratégias que auxiliem as famílias homoparentais a serem reconhecidas e respeitadas na sociedade em que se inserem. A divulgação de pesquisas nessa área pode fornecer elementos para novas reflexões que transformem posturas preconceituosas e excludentes frente ao desenvolvimento e à pluralidade das organizações familiares na contemporaneidade. Além disso, esse estudo poderá contribuir para gama de pesquisas que se inserem dentro do paradigma fenomenológico aplicado à psicologia.

Fontes Bibliográficas

Ales Bello, A. (2006a). *Introdução à fenomenologia*. Trad. J. Turolo Garcia, M. Mahfoud. Bauru: Edusc.

Ales Bello, A. (2006b). *Fenomenologia e ciências humanas*. Trad. M. Mahfoud, M. Massimi. Bauru: Edusc.

Amatuzzi, M. M. (2001). Pesquisa fenomenológica em psicologia. In M. A. T. Bruns, & A. F. Holanda (Orgs.). *Psicologia e pesquisa fenomenológica: Reflexões e perspectivas* (pp. 15-22). São Paulo: Ômega.

Boni, V., & Quaresma, S. J. (2005). Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. *Em Tese*, 2(1), 68-80.

Forghieri, Y. C. (1993). A investigação fenomenológica da vivência: justificativa, origem, desenvolvimento, pesquisas realizadas. *Cadernos da ANPEPP*, 19-42.

- Forghieri, Y. C. (2004). *Psicologia fenomenológica: Fundamentos, método e pesquisa*. 3. Ed. São Paulo: Pioneira.
- Heidegger, M. (2002). *Ser e tempo: Parte 1*. Petrópolis: Vozes. (Original publicado em 1927).
- Lüdke, M., & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária – E.P.U.
- Martins, J. (1983). A ontologia de Heidegger. In J. Martins; M. A. V. Bicudo (Orgs.). *Estudos sobre existencialismo, fenomenologia e educação* (pp. 43-56). 2. Ed. São Paulo: Moraes.
- Martins, J. (1992). *Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poíesis*. São Paulo: Cortez.
- Martins, J., & Bicudo, M. A. V. (1989). *A pesquisa qualitativa em Psicologia: Fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes.
- Minayo, M. C. S. (Org.). (2010). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Moreira, D. A. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Thomson Learning.

A EXPERIÊNCIA DA PATERNIDADE NA MEIA-IDADE NA PERSPECTIVA DE PAIS, MÃES E FILHOS

Mayara Colleti⁸⁵

Manoel Antônio dos Santos⁸⁶

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de corte transversal, apoiado na metodologia qualitativa de pesquisa, que teve como objetivo compreender a experiência da paternidade na meia-idade a partir da perspectiva de pais, mães e filhos. Os participantes foram os membros de uma família constituída por Pedro (pai), Alice (mãe) e Isabela (filha). Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: Formulário de Dados Sociodemográficos; Roteiros de Entrevista Semi-estruturada; Desenho da Família; Genograma e Diário de campo. O *corpus* de pesquisa foi organizado por meio de análise de conteúdo temática e a análise e interpretação dos dados pautaram-se na teoria psicanalítica e na literatura disponível sobre o tema. A conjugalidade e a reavaliação do modelo do próprio genitor revelaram-se como aspectos importantes no exercício paterno. Dentre as especificidades da experiência paterna na meia-idade, a maturidade e a estabilidade financeira foram apontadas como potencialidades desejáveis desta vivência, enquanto que a indisposição física e o receio de não ser capaz de acompanhar o desenvolvimento da filha foram significados como barreiras/dificuldades. Espera-se que este estudo possa fomentar novas investigações acerca da vivência paterna em diferentes etapas do ciclo de vida, a partir do relato dos seus próprios protagonistas.

Palavras-chave: paternidade; meia-idade; família; conjugalidade.

Introdução

O exame do exercício da paternidade, sob o enfoque histórico, demonstra que as características dos papéis sociais e as interações entre os membros das famílias sofreram transformações na

⁸⁵ Mestranda em Psicologia em Saúde e Desenvolvimento pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Mestrado da FAPESP, processo nº 2015/02166-9. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. E-mail: mayaracolleti@usp.com.br

⁸⁶ Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

sociedade ocidental ao longo das épocas e culturas. O processo acelerado de urbanização, o surgimento de um novo modelo econômico industrial e a inserção maciça das mulheres no mercado a partir da segunda metade do século XX são considerados por diversos estudiosos como propulsores do questionamento das posições, papéis e funções familiares e sociais, bem como o surgimento – e/ou aumento da visibilidade – de novos arranjos familiares (Gomes & Resende, 2004; Moraes, 2001).

Foi a partir do início dos anos 1970 que se verificou uma preocupação mais intensa com a investigação sistemática acerca da temática paternidade, em que tais transformações parecem ter se refletido no interesse de estudiosos de identificar e compreender o impacto dessas mudanças nas relações familiares, a partir da perspectiva do próprio pai e de sua vivência nos mais diversos contextos e sob distintos enfoques teórico-metodológicos (Lamb, 1997), dentre os quais se destaca o estudo da vivência paterna em diferentes etapas do ciclo vital.

No que tange especificamente à vivência paterna na meia-idade observa-se uma escassez de estudos na literatura científica, embora diversas transformações, tais como o aumento da expectativa de vida e o crescente índice de casamento e de paternidade de homens em idade mais avançadas, sinalizem a importância de investir em pesquisas que escrutinem tal vivência (Nogueira & Ribeiro, 2013). Os resultados do estudo de revisão de literatura realizado por Souza e Benetti (2009), cujo objetivo foi verificar a incidência de artigos internacionais e nacionais sobre o tema paternidade no período de 2000 a 2007, realizado a partir do exame de um *corpus* de análise constituído por 353 artigos, apontaram para a existência de uma significativa produção internacional e nacional acerca da temática. No entanto, no que diz respeito à compreensão da vivência paterna a partir de diferentes etapas do ciclo vital, do total de 104 artigos selecionados, 45 tratavam da paternidade em relação à adolescência e 59 em referência à idade adulta, não sendo encontrado nenhum estudo que retratasse a vivência paterna na meia-idade.

Dentre os escassos estudos disponíveis, pode-se destacar a pesquisa realizada por Trindade (2002) com homens na meia-idade, na qual a autora explorou os eixos da paternidade, sexualidade e projetos de vida de seus participantes, com enfoque em homens casados e pais de filhos adolescentes. O estudo permitiu desvelar diversas contribuições dessa vivência, dentre as quais se destaca a preocupação relacionada à educação e crescimento dos filhos e inquietações relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas, bem como ao exercício responsável da sexualidade.

Em estudo realizado por Colleti e Scorsolini-Comin (2015), que envolveu quatro homens que se tornaram pais pela primeira vez durante a meia-idade, os discursos dos participantes revelaram

que as características e mudanças ocorridas nesta fase do ciclo vital por vezes vinham à tona não só com suas percepções do próprio corpo e de seus sentimentos, mas também no exercício da função paterna e diante das exigências que o desempenho desse papel apresenta. Desse modo, a conscientização mais acentuada acerca da finitude pareceu ainda mais forte e dolorosa quando os participantes refletiam sobre a idade dos seus filhos, ao passo que aspectos considerados positivos da vivência paterna – como, por exemplo, a possibilidade de ter se tornado pai em pleno gozo da maturidade –, também pareciam se referir a percepções e mudanças relacionadas à fase do ciclo vital em que se encontravam.

Com base nas considerações expostas e nas lacunas identificadas na literatura, delineou-se o presente estudo com o propósito de alargar as fronteiras do conhecimento científico na área da experiência da paternidade em homens de meia-idade. Para maximizar os resultados a serem obtidos, foram agregados os pontos de vista de diferentes atores sociais, além do pai, incorporando também as perspectivas de mães e filhos envolvidos no cenário investigado.

Objetivo

Este estudo teve por objetivo geral compreender a experiência da paternidade na meia-idade a partir da perspectiva de pais, mães e filhos envolvidos no contexto familiar.

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório, de corte transversal, apoiado na abordagem qualitativa de pesquisa e realizado segundo os fundamentos do estudo de caso. Os participantes foram os membros de uma família constituída por Pedro (pai), Alice (mãe) e Isabela (filha), aqui denominada de Família Campos. Ressalta-se que os nomes são fictícios para evitar a identificação e assegurar o direito ao sigilo e à confidencialidade das informações fornecidas pelos participantes. Tal família atendia os seguintes critérios de inclusão do estudo: (a) o homem se tornou pai pela primeira vez durante a faixa etária dos 40 aos 60 anos de idade; (b) filho com idade igual ou superior a cinco anos; (c) coabitação do casal e de seu filho, independentemente do tipo de relação estabelecida entre o casal (casados, recasados, união estável).

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: (a) Formulário de Dados Sociodemográficos, que engloba o Critério de Classificação Econômica Brasil; (b) Roteiro de Entrevista semi-estruturada realizada com o pai; (c) Roteiro de Entrevista semi-estruturada

realizada com a mãe; (d) Roteiro de Entrevista semi-estruturada realizada com o(a) filho(a); (e) Desenho da Família (DF), aplicado individualmente a todos os membros da família; (f) Genograma, aplicado a todos os membros da família em conjunto e, (g) Diário de campo.

As entrevistas foram audiogravadas em gravador digital, mediante o consentimento dos participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, posteriormente, transcritas na íntegra. O *corpus* de pesquisa foi organizado por meio de análise de conteúdo temática. Para análise e interpretação foi utilizada a triangulação dos dados obtidos a partir das diferentes fontes e dos materiais obtidos. As análises foram pautadas no referencial psicanalítico francês da transmissão psíquica entre as gerações e inspiradas pela revisão da literatura disponível sobre o tema da paternidade.

Resultados e Discussão

Os resultados do presente estudo serão apresentados em duas partes: primeiramente foi realizada uma breve caracterização da Família Campos. Posteriormente, serão apresentadas as análises conjuntas de todos os integrantes da família, de forma a explicitar as categorias temáticas elaboradas a partir dos relatos dos participantes.

Quem são os integrantes da família Campos? Uma breve apresentação e contextualização

A Família Campos é constituída por Pedro, comerciante, 47 anos; Alice, dentista, 39 anos, e Isabela, única filha do casal, 6 anos. A família pertence ao nível socioeconômico A de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil, o que os situa entre os 2,9% da população brasileira pertencente a esse nível econômico, o mais alto da escala desenvolvida pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa.

Categorias Temáticas

Construindo uma família: Repercussões na conjugalidade

Ao falar sobre a transição para a parentalidade o casal relatou mudanças que envolveram a necessidade de reestruturação da rotina de trabalho, de modo a conseguir atender as demandas de Isabela. O casal destacou a redução do tempo disponível tanto para o cuidado pessoal, quanto para os momentos a dois.

As questões levantadas por Pedro e Alice acerca da necessidade de se reorganizarem enquanto casal após a chegada do filho são congruentes com os achados dos estudos realizados por Jager e Bottoli (2011) e Gonçalves et al. (2013) corroboram. No estudo realizado por Gonçalves et al. (2013) com 38 pais primíparos, seis participantes explicitaram que a chegada do filho havia diminuído a liberdade e o tempo para a relação conjugal, já que as atenções se voltavam para o filho. Quanto à rotina, 12 dos 38 pais especificaram a necessidade de uma adaptação nos horários das atividades domésticas e no trabalho, além da diminuição da frequência de atividades de lazer, como passeios, viagens e festas.

Destaca-se que tais alterações na rotina e na vida conjugal foram relatadas por Pedro e Alice como algo que já esperavam, não trazendo assim surpresas ou maiores desconfortos para o casal. Além de apontarem mudanças na rotina, os relatos de Pedro e Alice revelaram que a paternidade e a maternidade fizeram com que o desejo de viver em harmonia ficasse ainda mais forte em ambos. A esse respeito, foi possível verificar que ambos começaram a refletir sobre o ambiente familiar no qual gostariam que sua filha crescesse.

Ao vislumbrar esse ambiente, notou-se que tanto Pedro quanto Alice pareciam olhar para a relação conjugal de seus próprios pais e, a partir de então, reavaliar esta vivência em termos daquilo que consideram bom ou não para o desenvolvimento de sua filha, desvelando, assim, seus próprios dilemas e sofrimento enquanto filhos que presenciaram o relacionamento conflituoso de seus pais e uma busca por não repetir tal vivência. A esse respeito pode-se refletir, ainda, como destaca Kaës (1998), no quanto as representações entre as gerações têm a função de organizar a escolha de objeto dos parceiros, o que se relaciona ao tipo de família que se deseja fundar – uma espécie de ideal de eu familiar – e a educação mais alinhada à consecução desse ideal familiar.

Benghozi (2005) destaca, em sua obra, a possibilidade de transformação dos vínculos afetivos a partir do trabalho psíquico de remalhagem e desmalhagem. O continente grupal familiar seria produto de uma malhagem de vínculos de filiação e de afiliação, que poderiam se transformar e se reconfigurar constantemente, gerando novos arranjos e entrelaçamentos inusitados. A partir dessas ideias, pode-se considerar que a conjugalidade se afigura como uma forma de remalhagem recíproca dos continentes familiares das famílias de origem de cada cônjuge. Desse modo, a família não corresponderia apenas às heranças transmitidas ao nascer, mas também aos processos de transformação da malha inicial, em que o continente grupal está sempre aberto a novas configurações, podendo se aliar dali por diante a outros continentes grupais familiares.

Compreende-se, desse modo, que a conjugalidade, evocada por Pedro e Alice tem possibilitado a remalhagem dos vínculos estabelecidos nas primeiras relações, permitindo, assim, que o exercício paterno seja pautado na parceria entre ambos e nos aspectos positivos percebidos em seu relacionamento amoroso

Que pai eu sou e que pai eu quero ser?

Foi possível constatar, nos relatos de Alice e Pedro, que suas expectativas em relação ao papel paterno envolvem aspectos relacionados à expressão de afeto e a uma maior participação de Pedro nas atividades de Isabela. Tais expectativas apresentadas pelo casal parecem se referir a uma tentativa de afastamento de um modo tradicional de paternidade, marcado pelo distanciamento afetivo dos filhos e caracterizado pelo sustento financeiro da família (Gomes & Resende 2004; Vieira & Souza, 2010). Ainda que Pedro, em seu relato, tenha expressado a percepção da necessidade de ser um mais participativo no cotidiano da filha, o mesmo relatou não compreender os motivos que por vezes lhe faziam assumir um papel de autoridade.

Ressalta-se a importância de refletir sobre o modo como a paternidade tem sido concebida na contemporaneidade e também sobre alguns aspectos associados à masculinidade. Os estudos acerca da paternidade chamam a atenção para a inexistência de uma concepção linear de paternidade. Assim, tal concepção envolve rupturas e continuidades com o modelo tradicional, o que faz com que, assim como observado no relato de Pedro e Alice, características das duas formas de vivenciar a paternidade, tradicional e contemporânea, estejam presentes de maneira concomitante, tanto no mesmo tempo e no mesmo lugar por homens diferentes como em diferentes momentos e lugares pelo mesmo homem (Gomes & Resende, 2004).

Alice, ao definir Pedro como pai, apresentou reflexões a respeito do quanto acredita que o modelo recebido como herança do próprio genitor e a divisão social de tarefas, em que à mulher atribui-se tradicionalmente os cuidados dos filhos e ao homem a provisão financeira, podem contribuir no modo como cada pessoa exerce a paternidade e a maternidade. Pedro, por sua vez, expressou sua tentativa de não repetir/reproduzir o modelo recebido, questionando-o de maneira a valorizar aspectos que são por ele considerados positivos e buscando exercer uma paternidade pautada no modo como acredita que um bom pai deve ser, ou seja, mesclando aspectos considerados positivos de sua vivência com seu pai com aspectos de que se ressentia ou sentia falta nessa relação, como, por exemplo, a expressão do afeto e uma participação mais efetiva na vida de sua filha.

A esse respeito, e também em relação ao modo como Isabela tem possibilitado que Pedro busque não repita o modelo vivenciado com seu próprio pai, na perspectiva da psicanálise dos vínculos sociais de Benghozi (2010) compreende-se que os laços estabelecidos entre pais e filhos, no início da vida, podem ser remalhados ou desmalhados em função dos vínculos estabelecidos na vida adulta. Desse modo, como foi possível observar na vivência da Família Campos, as experiências de Pedro e Alice e o relacionamento com Isabela parecem revelar-se como elementos propiciadores de uma reconfiguração de seus vínculos iniciais assimilados como falhas, devido ao sofrimento psíquico da relação com seus pais na infância.

Potencialidades e dificuldades da paternidade na meia-idade

A maturidade e a estabilidade financeira foram destacadas por Pedro e Alice como potencialidades que enriquecem o exercício da paternidade na meia-idade. Ainda que a percepção de Pedro e Alice tenha apontado para uma possível interpretação de que homens jovens seriam imaturos para desempenhar o papel paterno, destaca-se que os relatos do casal pareciam querer revelar que a vivência da paternidade em diferentes fases do ciclo vital envolveria tanto facilidades como dificuldades. Desse modo, as vivências não são nomeadas e significadas como momentos estritamente positivos ou negativos, a depender da idade.

A esse respeito, Levandowski e Piccinini (2004) ressaltam que, enquanto alguns estudos evidenciam que a interação do pai adolescente com o bebê ficaria prejudicada pelas limitações desenvolvimentais do próprio pai, outras investigações demonstram que os adolescentes são capazes de superar essas adversidades. Estudos realizados por Sampaio, Villela e Oliveira (2014) revelaram que, dentre os aspectos apontados pelos jovens como sendo de maior impacto após a paternidade, situa-se a perda de liberdade, sentimentos de inadequação ao papel paterno, por se considerarem imaturos e inexperientes, e dificuldades em relação ao equilíbrio da condição financeira. Assim, ao passo que Pedro e Alice consideraram que a maturidade e a estabilidade financeira que adquiriram ao longo da vida podem ser consideradas facilitadores da paternidade na meia-idade, ambos também relataram aspectos que se apresentam como barreiras ou dificuldades para Pedro, relacionando-os à idade.

A redução da energia física, o cansaço, a fadiga e a diminuição da força e do vigor físico, além da falta de condicionamento físico, são vistas como perdas que se iniciam na meia-idade (Antunes & Silva, 2013). Desse modo, em seus relatos Pedro e Alice referiram-se a percepções de mudanças corporais reais, que pareciam vir à tona na relação pai e filha e nas demandas apresentadas por esta. No entanto, destaca-se que a percepção de ambos acerca da experiência

de vida e da maturidade resultante, que são consideradas ganhos. A esse respeito, destaca-se ainda que os estudos acerca dos casais de meia-idade, com ênfase na parentalidade, identificam essa fase como um momento de saída dos filhos de casa e de entrada de novos membros (noras e/ou genros e netos) no sistema familiar, focando assim na necessidade do casal reestruturar sua relação conjugal após a saída dos filhos (Jorge, 2005), movimento inverso, como já destacado, ao vivenciado pelos homens que se tornaram pais na meia-idade.

Foi possível detectar nos relatos que Pedro e Alice atribuíram as dificuldades do primeiro em atender às demandas da filha à indisposição física e também à percepção de que, por existir uma diferença de idade muito grande, Pedro por vezes não consegue “entrar” no mundo de Isabela. Ainda que não associe diretamente a indisposição do pai à sua idade (ou ao trabalho), por exemplo, é possível perceber nas falas de própria Isabela o desejo de que o pai brincasse mais com ela.

Destaca-se ainda que, em contraposição às dificuldades, o casal buscou em suas falas valorizar a maturidade e estabilidade financeira, dotando, novamente, a paternidade na meia-idade e, de modo implícito, a paternidade nas diferentes fases do ciclo vital, de sentidos múltiplos que envolvem potencialidades e dificuldades. Essa valorização dos aspectos considerados positivos na vivência paterna na meia-idade também foi observada no estudo de Colleti e Scorsolini-Comin (2015), cujos entrevistados elucidaram em suas falas estratégias para compensar, por exemplo, a falta de disposição física.

O medo de não conseguir acompanhar o desenvolvimento de sua filha foi destacado por Pedro como uma desvantagem de ter se tornado pai na meia-idade, sendo significado como um pensamento que por vezes vem à tona e o assombra. Para além de uma compreensão ensinada pela biologia, em que na sequência natural dos fatos os mais velhos morrem primeiro, destacam-se as contribuições de Kovács (2010), em que se considera que o adulto pode passar por crises, como a chamada “crise da meia-idade”, caracterizada por um período em que o indivíduo vai se conscientizando de que é inevitável morrer, à medida que reconhece novas limitações físicas e vivencia importantes mudanças nos principais papéis desempenhados até então. Assim, para Pedro, a conscientização de sua finitude pareceu ser significada como algo ainda mais doloroso, ao entrelaçar-se com suas reflexões acerca da sua idade e do horizonte de desenvolvimento de sua filha.

De modo geral, pôde-se destacar, a partir da análise dos relatos de Pedro e Alice, que as características e mudanças ocorridas ao longo da vida e nesta fase do ciclo vital em especial, sejam elas tomadas como potencialidade ou dificuldades/barreiras, parecem vir à tona não só

com suas percepções do próprio corpo e de seus sentimentos, mas também no exercício da função paterna e nas demandas apresentadas pelos filhos (Colleti & Scorsolini-Comin, 2015).

Considerações finais

A partir dos resultados pôde-se observar que a compreensão da paternidade na meia-idade envolve a consideração de vários aspectos que se articulam e se entrelaçam, desvelando algumas especificidades desta vivência. A inexistência de uma concepção linear de paternidade, decorrente das mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas, bem como a referência que Pedro tem de seu próprio genitor, revelaram-se nos discursos dos integrantes da Família Campos como aspectos que contribuem para o exercício do papel paterno, modelando suas expectativas em relação ao desempenho do cuidado parental. Assim, observou-se que, ao (re)avaliar o desempenho de seu próprio pai, Pedro tem buscado, com auxílio de sua esposa e filha, romper com alguns aspectos negativos decorrentes dessa experiência, de modo a poder exercer uma paternidade mais participativa.

A conjugalidade, evocada pelos participantes também se apresentou como possibilidade de remalhagem dos vínculos estabelecidos por Pedro e Alice em suas primeiras relações, revelando, assim, o exercício de um papel paterno pautado na parceria do casal e nos aspectos positivos desse relacionamento amoroso, uma vez que, juntos, o casal tem buscado construir um relacionamento harmonioso para aprimorar as condições de criação de sua filha.

Dentre as especificidades da experiência da paternidade na meia-idade é possível destacar as potencialidades e dificuldades apreendidas nos relatos dos participantes do presente estudo. A maturidade e a estabilidade financeira foram relatadas como potencialidades da experiência paterna na meia-idade, enquanto que a indisposição física e o receio de não poder presenciar o desenvolvimento da filha no tempo longo foram enfatizados como um desafio/dificuldade dessa experiência.

Compreende-se que a presente investigação tem algumas limitações, em termos de números de participantes apresentados, no entanto, considerando a importância de se investigar os diversos atores envolvidos na transição para a parentalidade. Por outro lado, espera-se que este estudo possa fomentar novas investigações acerca da vivência paterna em diferentes etapas do ciclo de vida. Embora se reconheça que a qualidade do vínculo estabelecido entre pai e filho extrapole os aspectos etários e remeta, de modo bastante particular, às experiências emocionais construídas em toda a vida, destaca-se a perspectiva de considerar o fenômeno da paternidade

em referência ao ciclo de vida como um enfoque capaz de possibilitar reflexões acerca das potencialidades e limitações dessa vivência.

Referências

- Antunes, P. C., & Silva, A. M. (2013). Elementos sobre a concepção da meia-idade no processo de envelhecimento humano. *Revista Kairós Gerontologia*, 16(5), 123-140.
- Benghozi, P. (2005). Resiliência familiar e conjugal numa perspectiva psicanalítica dos laços. *Psicologia Clínica*, 17(2), 101-109.
- Benghozi, P. (2010). Malhagem, filiação e afiliação – Psicanálise dos vínculos: Casal, família, grupo, instituição e campo social (E. D. Galery, Trad.). São Paulo: Vetor.
- Colleti, M., & Scorsolini-Comin, F. (2015). Pais de primeira viagem: A experiência da paternidade na meia-idade. *Psico (Porto Alegre)*, 46(3), 374-385.
- Gomes, A. J. S., & Resende, V. R. (2004). O pai presente: O desvelar da paternidade em uma família contemporânea. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(20), 119-125.
- GONÇALVES, T. R., GUIMARÃES, L. E., SILVA, M. R., LOPES, R. C. S., & PICCININI, C. A. (2013). EXPERIÊNCIA DA PATERNIDADE AOS TRÊS MESES DO BEBÊ. *PSICOLOGIA: REFLEXÃO E CRÍTICA*, 26(3), 599-608.
- Jager, M. E., & Bottoli, C. (2011). Paternidade: Vivência do primeiro filho e mudanças familiares. *Psicologia: Teoria e prática*, 13(1), 141-153.
- Jorge, M.M. (2005). Perdas e ganhos no envelhecimento da mulher. *Psicologia em Revista*, 11(17), 47-61.
- Kaës, R. (1998). Os dispositivos psicanalíticos e as incidências da geração. In A. Eiguer (Org.), *A transmissão do psiquismo entre gerações* (pp. 5-19). São Paulo: Unimarco.
- Moraes, M. L. Q. (2001). A estrutura contemporânea da família. In M. C. M. Comparato & D. S. F. Monteiro (Orgs.), *A criança na contemporaneidade e a psicanálise – Volume Família e sociedade: diálogos interdisciplinares* (pp. 17-25). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lamb, M. E. (Org.). (1997). *The role of the father in child development*. New York: John Wiley & Sons.
- Levandowski, D. C. & Piccinini, C. A. (2004). Paternidade na adolescência: aspectos teóricos e empíricos. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(1), 51-67.

Nogueira., H. F., & Ribeiro, M. A. (2013). Os “pais-avôs”: A dinâmica familiar de homens que se tornaram pais na meia-idade. In A. Garcia & R. Díaz-Loving (Orgs.), *Relações familiares: Estudos latino-americanos*. Vitória, ES: UFES.

Souza, C. L. C., & Benetti, S. P. C. (2009). Paternidade contemporânea: levantamento da produção acadêmica no período de 2000 a 2007. *Paidéia*, 19(42), 97-106.

Trindade, E. (2002). *Hermenêutica do existir do homem de meia-idade – Paternidade, sexualidade e projetos de vida: Um olhar à luz de Heidegger*. Tese de Doutorado não-publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.

IMPLICAÇÕES SOCIAIS DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES JOVENS⁸⁷

Taísa Marques⁸⁸

Janaína de Fátima Vidotti⁸⁹

Mayara Colleti⁹⁰

Manoel Antônio dos Santos⁹¹

Introdução: O câncer de mama é o tipo de neoplasia que causa o maior número de mortes de mulheres em todo o mundo e seu diagnóstico é permeado por diversos estigmas. Quando acomete mulheres jovens, pode resultar em importantes mudanças na vida social. **Objetivo:** Compreender a vivência social de mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama antes dos 40 anos e investigar as implicações sobre suas atividades sociais e o apoio social percebido. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de corte transversal, apoiado na metodologia qualitativa de pesquisa. Participaram três mulheres que haviam sido diagnosticadas com câncer de mama antes dos 40 anos. Os instrumentos utilizados foram: Roteiro de Entrevista Semiestruturada, Mapa de Rede e Genograma. As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática. **Resultados:** Pôde-se constatar que as principais consequências sociais foram: mudanças na rotina da mulher, alteração da percepção do apoio social e a resignificação das atividades cotidianas após a doença. **Conclusões:** O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama desencadeiam eventos críticos, que podem influenciar drasticamente a vida da mulher

⁸⁷ Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto-Universidade de São Paulo-Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-USP-CNPq.

⁸⁸ Aluna do curso de graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista do Programa Unificado de Bolsas de Estudo para Estudantes de Graduação. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia – LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. Bolsista PIBIC-USP-CNPq. E-mail: marquestaísa@yahoo.com.br

⁸⁹ Mestranda em Psicologia em Saúde e Desenvolvimento pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Mestrado da FAPESP, processo nº 2015/04445-2. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. E-mail: janavidotti@gmail.com

⁹⁰ Mestranda em Psicologia em Saúde e Desenvolvimento pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Mestrado da FAPESP, processo nº 2015/02166-9. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. E-mail: mayaracolleti@usp.com.br

⁹¹ Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq, nível 1B. Coordenador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. E-mail: manoelmasantos@gmail.com

jovem acometida, podendo resultar em diversas fontes de sofrimento relacionadas a essas mudanças abruptas na linha de continuidade do seu existir.

Palavras-chave: neoplasia da mama, mulheres jovens, apoio social.

INTRODUÇÃO

Câncer de mama: definição, tratamentos e suas consequências

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer que mais acomete mulheres e o que causa maior número de mortes nesse grupo (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2015). A alteração é deflagrada quando as células da mama passam a se dividir rapidamente e de forma desordenada, correspondendo a uma neoplasia maligna que acomete as estruturas mamárias (Jesus & Lopes, 2003).

O diagnóstico de câncer de mama e o tratamento são rodeados de preconceitos e estigmas, podendo trazer preocupações, estresse e sentimentos de desesperança, o que gera a necessidade de suporte social e estratégias de enfrentamento frente a essa nova situação. Como consequência, as transformações que se instalam na vida da mulher podem leva-la a desenvolver uma nova visão de mundo, o que a ajuda a superar as situações difíceis (Caetano, Gradim, & Santos, 2009).

A mulher que recebe o diagnóstico de câncer de mama vivencia um período de estresse e tem de lidar com sentimentos paradoxais, como esperança e pessimismo, que muitas vezes se confrontam devido ao desconhecimento da doença. Descobrir-se com câncer frequentemente leva às pacientes a ter que encarar precocemente com a possibilidade de finitude e brevidade da vida (Cesnik et al, 2013).

A literatura evidencia que o momento do diagnóstico acarreta mudanças drásticas na vida da mulher acometida, repercutindo também em sua família e em suas relações sociais, o que torna o apoio familiar e social fundamental no tratamento da doença (Caetano et al., 2009; McBride, Clipp, Peterson, Lipkus, & Demark, 2000; Souza et al., 2014). De fato, o diagnóstico causa estranhamento e choque, além de despertar o medo da morte. Há repercussões no senso de autonomia e alterações no sentimento de feminilidade. A angústia despertada pelo diagnóstico frequentemente é amenizada com o recurso à religiosidade (Gontijo & Ferreira, 2014).

O tratamento para o câncer de mama envolve vários procedimentos invasivos e agressivos, de acordo com o estágio da doença e as áreas acometidas, podendo ser indicada intervenção cirúrgica, que consiste na retirada completa da mama afetada ou apenas de uma parte dela, além de quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e reabilitação psicossocial (Rossi & Santos, 2003; Silva & Santos, 2010). As consequências dos tratamentos oncológicos abarcam desde o âmbito psicológico, com especial impacto sobre a autoestima, imagem corporal e sexualidade (Cesnik & Santos, 2012a, 2012b; Cesnik et al., 2013; Santos et al., 2013; Santos, Ford, Santos, & Madeira, 2014; Santos, Santos, & Vieira, 2014; Vieira, Santos, Santos, & Giami, 2014), até as dimensões físicas e sociais das pacientes (Gómez, Sánchez, & Enríquez, 2011).

Uma possível mudança no modo de enfrentamento da doença é observada como uma possível reação aos eventos estressores do tratamento e dos pensamentos recorrentes sobre vida e morte, que são exacerbados com o diagnóstico. Leite et al. (2011) encontraram resultados que corroboram esses efeitos, a partir de uma investigação que evidenciou que grande parte das mulheres apresentou formas de enfrentamento à doença focalizada no problema. Isso possibilitou que, em seus relatos, aparecessem a ressignificação da experiência e a mudança de valores pré-estabelecidos.

Implicações sociais do câncer de mama

O momento do diagnóstico e as diversas etapas do tratamento são vivenciados pela mulher acometida pelo câncer de mama como momentos de transição, que impõem mudanças não apenas físicas e psicológicas, como também sociais (McBride et al., 2000; Rossi & Santos, 2003; Santos, Prado, Panobianco, & Almeida, 2011). As causas dessas transformações no âmbito social podem estar enraizadas nas mudanças físicas, alterações da imagem corporal e da vida diária, assim como se baseiam no estigma que a doença ainda carrega (Ambrosio & Santos, 2011; Junqueira, Vieira, Giami, & Santos, 2013; Lagoa, Andrade, Nery, & Avelino, 2015).

O suporte social é um dos fatores mais importantes durante o longo percurso do tratamento do câncer de mama, sendo um dos pilares para que a mulher enfrente os desafios de cada etapa sem se desestruturar psicologicamente (Silva & Santos, 2010). O constructo apoio social pode ser definido como uma relação de afeto e confiança que se dá entre indivíduos, que permite que uma pessoa se sinta confortável e apoiada ao enfrentar uma situação difícil (Hermel, Pizzinato, & Uribe, 2015). De acordo com esses autores, as formas de enfrentamento exercem um papel protetivo, no sentido de ajudar a reduzir o estresse a que a mulher acometida está exposta, bem como evitar problemas e danos psicológicos, além de fortalecer vínculos afetivos e fornecer recursos e

informações, o que aumenta o sentimento de pertencimento e integração.

As mudanças ocasionadas a partir do diagnóstico do câncer e dos seus exaustivos tratamentos refletem-se também em outras atividades sociais, o que, segundo Sales, Paiva, Scandiuzzi e Anjos (2001), pode ser chamado de funcionamento social. Esse funcionamento se refere a uma tentativa de relacionar o câncer e seus sintomas não apenas entre si, mas também com o que está ao redor do aparecimento do tumor, a pessoa em sua vida subjetiva, os papéis e as relações que ela mantém nos vários ambientes em que se relaciona, os estigmas sociais fortemente associados ao câncer, entre outros aspectos relevantes, que precisam ser levados em consideração pelos profissionais de saúde ao planejarem o plano terapêutico.

O câncer de mama em mulheres jovens

O aparecimento do câncer de mama em mulheres abaixo de 40 anos é menos comum e a taxa de sobrevivência das mulheres acometidas é maior do que a observada em mulheres com mais de 60 anos, sendo essa taxa de menos de 20 mortes a cada 100 mil casos (INCA, 2015). Os tratamentos recomendados, no entanto, são mais radicais e a doença é considerada mais agressiva em pacientes nessa faixa etária (Martínez Gómez et al., 2015). Um dos motivos é que as mulheres jovens realizam menos exames preventivos, o que faz com que, quando detectado, o tumor já esteja em um estágio mais avançado (Castro, Salvador, Meneghetti, & Chem, 2011), diminuindo as chances de remissão completa.

A boa notícia é que a taxa de sobrevivência ao câncer de mama de mulheres mais jovens está aumentando, porém o impacto dos tratamentos pode levar à infertilidade, menopausa precoce, risco de recorrência da doença, além de influenciar negativamente a qualidade de vida e o âmbito psicossocial das pacientes (Howard-Anderson, Ganz, Bower, & Stanton, 2011).

Assim, coloca-se em evidência que, em mulheres jovens, os desafios impostos pelo diagnóstico e pela escolha do tratamento devem ser considerados com cautela e parcimônia, tendo como pano de fundo questões como as repercussões sobre a feminilidade, a idade reprodutiva e o funcionamento social (Gontijo & Ferreira, 2014). Isso porque o tratamento, de acordo com Castro, Salvador, Meneghetti e Chem (2011), é mais radical e causa impactos ainda mais severos na vida dessas mulheres.

Gontijo e Ferreira (2014) estudaram o impacto do câncer de mama nas atividades cotidianas de mulheres jovens. A doença foi considerada pelas participantes um obstáculo para alcançar sua independência como profissionais e mesmo como mulheres cidadãs. Além disso, constataram perdas no âmbito de sua rede de relações, tanto no ambiente de trabalho quanto no ambiente

familiar, de maneira que a doença potencializa mudanças decisivas – sendo algumas irreversíveis – no cotidiano das mulheres.

Ainda são poucos os estudos que investigam as repercussões psicológicas do câncer de mama em mulheres jovens (Furtado, Rodrigues, Ferreira, & Lima, 2016; Gontijo & Ferreira, 2014). Frente ao exposto, o objetivo deste estudo foi compreender a vivência social de mulheres que receberam o diagnóstico de câncer de mama antes dos 40 anos e investigar as implicações sobre suas atividades sociais (como o mundo do trabalho, estudos e lazer) e o apoio social percebido.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter descritivo, exploratório e apoiado na metodologia qualitativa de pesquisa. Participaram três mulheres, que haviam recebido o diagnóstico de câncer de mama com idade de até 40 anos.

As participantes foram recrutadas a partir da rede pessoal dos pesquisadores. As entrevistas aconteceram no contexto da Universidade de São Paulo, na casa das participantes ou em algum lugar de preferência da participante.

Os instrumentos utilizados na coleta de dados foram:

Formulário de Dados Sociodemográficos: Trata-se de um formulário utilizado pelo Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-USP-CNPq, que envolve dados pessoais, sociais e econômicos das participantes, englobando ainda o Critério de Classificação Econômica Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2015).

Roteiro de entrevista semiestruturada: Foi realizada uma entrevista a partir de um roteiro semiestruturado, elaborado pelos pesquisadores, composto por perguntas referentes às mudanças ocorridas na vida da mulher a partir do diagnóstico do câncer de mama. As questões levaram em conta as atividades sociais realizadas pela entrevistada, tais como estudos, trabalho e lazer. Além disso, a entrevista também buscou investigar questões relacionadas à rede de apoio social da participante.

Diário de campo: Durante a coleta de dados, foi elaborado um diário de campo, que tratou de manter registros das observações e impressões da pesquisadora durante o contato com a participante. Foram registradas também as experiências significativas ocorridas durante a entrevista. O diário de campo é um instrumento que caracteriza o campo da pesquisa, detalha comportamentos da participante e constitui um registro das impressões e reflexões da pesquisadora em contato com as participantes e o campo de pesquisa. Esse instrumento tem

como base a observação direta dos comportamentos de um grupo, o que ajuda a construir a experiência investigativa (Weber, 2009).

Genograma: Esse instrumento tem como objetivo investigar a composição e dinâmica familiar, entendendo seus padrões, regras, valores, crenças e mitos, bem como sua influência na área profissional. O instrumento consiste em uma espécie de árvore genealógica da família da participante, descrita em convenções e símbolos pré-definidos por Wendt e Crepaldi (2007).

Mapa de Rede: Trata-se de um instrumento elaborado por Sluzki (1997), que consiste em representar graficamente a rede social do indivíduo a partir de um mapa dividido em quatro quadrantes, relacionados à família, às amizades, às relações de trabalho ou escola, às relações comunitárias e às relações com instituições. O mapa é dividido em círculos de proximidade, caracterizados por “relações íntimas”, “sociais” e “conhecidos”.

A coleta de dados foi realizada individualmente, em situação face a face, ao longo de um encontro (ou mais, se necessário), com duração de cerca de uma hora, entre novembro de 2015 e julho de 2016. As entrevistas foram audiogravadas na íntegra por meio de gravador digital, mediante anuência das participantes, para assegurar maior fidedignidade das falas e expressões colhidas sendo-lhes assegurada a preservação do anonimato e a confidencialidade das informações fornecidas.

Os dados coletados a partir dos instrumentos foram transcritos literalmente e na íntegra a partir dos registros feitos, tanto em áudio, quanto a partir do diário de campo. Concluídas as transcrições literais, os relatos foram categorizados, buscando-se delinear os principais eixos temáticos nas falas das participantes, o que torna possível compará-los entre si e entre as participantes.

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com a legislação vigente que regulamenta a realização de pesquisa que envolvem seres humanos, conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Pesquisa. Assim, amparada nas exigências éticas preconizadas, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas três entrevistas, audiogravadas e posteriormente transcritas e analisadas. As participantes tinham, respectivamente, 37, 25 e 39 anos. Todas haviam passado pelos tratamentos de quimioterapia e mastectomia. A primeira participante, aqui designada com o nome fictício de Aline, recebeu o diagnóstico do câncer de mama havia cinco anos, quando tinha 32 anos, e também havia passado por radioterapia. Das três entrevistadas, é a única que era casada

e tinha filhos.

A segunda participante, cujo nome fictício é Sarah, recebeu o diagnóstico em 2015 e já terminou o tratamento quimioterápico. Fez a mastectomia no início de 2016 e ainda passaria por sessões de radioterapia. Sarah tinha uma característica que a diferenciava das demais, que diz respeito à sua orientação sexual. Ela se autodefiniu como lésbica. Estava em um relacionamento com outra jovem, com idade próxima a dela.

A terceira participante, cujo nome fictício é Lorena, recebeu o diagnóstico no ano anterior à entrevista, tendo já completado o tratamento quimioterápico. No momento da entrevista fazia apenas o tratamento hormonal, com uso de tamoxifeno.

Na Tabela 1 estão descritas algumas características sociodemográficas das participantes.

Tabela 1. Caracterização das participantes

Nome	Idade	Estado Civil	Ocupação	Escolaridade	Renda Mensal	Religião	Tempo de Diagnóstico	Idade ao Diagnóstico	Tratamentos
Sarah	25	Solteira	Vendedora	2º Grau Completo	1700	Católica	2 meses	24 anos	Quimioterapia, Mastectomia total, Restauração
Aline	37	Casada (em processo de divórcio)	Técnica Administrativa	Nível Superior (Administração)	1600 reais	Espírita	5 anos	32 anos	Quimioterapia, Radioterapia, Quadrantectomia
Lorena	39	Solteira	Recepcionista	2º Grau Completo	900	Evangélica	1 ano	38 anos	Quimioterapia, Mastectomia total, Tamoxifeno

A partir da análise das entrevistas foi possível categorizar os relatos nos seguintes eixos temáticos: Alteração da rotina diária; Percepção do apoio social; Ressignificação das atividades cotidianas.

Alteração da rotina diária

A primeira categoria, “Alteração da rotina diária”, abrange as mudanças percebidas na rotina das mulheres após o diagnóstico e durante a passagem pelos diferentes tratamentos para o câncer

de mama.

As três entrevistadas abordaram a mudança drástica na rotina, sendo que Sarah e Lorena expressaram maior desconforto com as alterações bruscas do cotidiano, enquanto Aline não sentiu o mesmo impacto, conforme evidencia o relato a seguir:

O que me deixou mais revoltada foi ter que parar de trabalhar, parar de fazer as coisas de que eu gosto. Que eu sou uma pessoa que eu saía muito, né, balada, churrasquinho com os amigos... aí a parte mais difícil foi ter que ficar de repouso em casa trancada. Porque você não tem força pra nada! [...] (Sarah, 25 anos, mastectomia total realizada havia três meses).

Sarah mencionou o fato de não poder fazer suas atividades normais, como trabalhar e sair com os amigos, significando essas mudanças como uma experiência negativa em sua rotina, provocada pelos efeitos colaterais do tratamento. As consequências adversas do tratamento sobre o cotidiano da mulher também foram encontradas em outros estudos (Fernandes, Rodrigues, & Cavalcanti, 2004; Sales, Paiva, Scandiuzzi, & Anjos, 2001).

Um olhar horizontal para os depoimentos das três participantes permite estabelecer algumas diferenças entre suas histórias em relação às mudanças da rotina. Sarah relatou um afastamento total das atividades de que mais gostava desde que começou o tratamento. Aline, por sua vez, manteve-se em contato com atividades rotineiras, tais como cuidar da filha e de alguns afazeres. Já Lorena, apesar de afastada do trabalho, continuava frequentando o local e mantinha contato constante com os colegas de trabalho e os clientes que a estimavam. Perceber essas singularidades, por vezes sutis, permite compreender que as necessidades sentidas pelas mulheres durante o tratamento oncológico podem ser distintas, merecendo, por conseguinte, uma abordagem diferenciada por parte dos profissionais da equipe de saúde.

Percepção do apoio social

A segunda categoria analisada, “Percepção do apoio social”, diz respeito a quem e como as participantes consideram como fontes de apoio social no contexto de sua rede de relacionamentos. Essa categoria pode ser ilustrada com relatos extraídos das entrevistas e dados obtidos com a aplicação dos mapas de rede.

Foram minhas irmãs. Sempre que precisava, elas deixaram tudo de lado e vinham me socorrer. Elas sempre me acompanhavam. Se eu precisava ir em médico e não tinha como, elas iam e me levavam. E também a minha filha. (Aline, 37 anos, quadrantectomia realizada havia cinco anos).

Aline expressou, em seu relato, como a família e a equipe de saúde estiveram próximas e preocupadas com seu bem-estar e manutenção de suas condições de saúde. Analisando os relatos das três participantes, todas relataram que tiveram como principal fonte de apoio a família e os amigos mais próximos. Esse também foi um dos aspectos encontrados no estudo de Hermel, Pizzinato e Uribe (2015), cujos resultados mostraram que as principais fontes de apoio da mulher com câncer de mama foram os familiares e os amigos, ou seja, os integrantes da rede pessoal. O relato de Sarah corrobora esses achados:

As pessoas que estiveram mais perto de mim foram minha mãe, minha namorada, a melhor amiga da minha mãe e alguns amigos que dão pra contar no dedo. O resto é só Facebook: 'ai, e aí, e aí, como tá o tratamento?', mas de perto, assim, me acompanhar de perto foi mais mesmo minha mãe, minha namorada e a melhor amiga da minha mãe. (Sarah, 25 anos, mastectomia total realizada havia dois meses).

Além disso, foi considerado por todas as participantes como fonte de apoio as pessoas que estiveram fisicamente acompanhando-as e participando diretamente de suas vidas na vigência do tratamento. Esse resultado ratifica descobertas de estudos anteriores, como o de Hermel et al. (2015) e Santos et al. (2011), que sugerem o valor protetivo do sentimento de pertencer a grupos que estejam mais próximos fisicamente, oferecendo o acolhimento necessário nos momentos críticos do tratamento. Poder contar com pessoas da rede de apoio especialmente nessas fases difíceis contribui para um ajustamento com menor sofrimento.

Ah, teve alguns que tipo “não, a gente tá com você, força e tal”, e às vezes nem lembra que você tá com problema. Agora, tem alguns que, nossa, é uma gracinha. Todo dia manda mensagem, quando vem me visitar sempre traz alguma coisa pra me paparicar. Mas aí são algumas pessoas

selecionáveis, né. Aí tem outras que nem... não tá nem aí pra eles também, né. (Sarah, 25 anos, mastectomia total realizada havia três meses).

Em relação aos companheiros, as distinções encontradas nas histórias dos relacionamentos amorosos das mulheres explicam as diferenças na importância que os parceiros afetivos assumem na percepção do apoio social. Além disso, o apoio de pessoas que estiveram fisicamente presentes parece ser muito mais valorizado pelas participantes, que consideram uma forma de respeito e preocupação dos amigos e familiares o fato de se manterem próximos nos momentos de maior insegurança e incerteza. Essa proximidade aumenta o sentimento de pertencimento das mulheres ao seu grupo social, apesar de estar enfrentando uma doença estigmatizadora, que tende a isolar a mulher acometida. Nesse cenário em que se interroga a própria possibilidade de continuar com vida, poder contar com o conforto de pessoas que se mantêm próximas parece fortalecer o sentido de continuidade da existência, amenizando as rupturas biográficas provocadas pelo ingresso no mundo da doença.

A idade também pode ser vista como uma variável importante na determinação do apoio percebido pela mulher acometida. Com base nos estudos de Gontijo e Ferreira (2014), percebe-se que as atividades sociais das mulheres jovens são muito mais intensas, de modo que uma doença grave como o câncer de mama pode implicar em um obstáculo importante na manutenção da vitalidade, tanto quanto na preservação dos relacionamentos e dos objetivos profissionais. Nas três entrevistas, foi possível observar que os relacionamentos se tornaram mais fortes, porém a rede de amigos tornou-se mais restrita a uma minoria de pessoas. Isso significa que os contatos sociais anteriores à doença passaram por uma reavaliação, sendo reconsideradas como apoiadoras apenas algumas pessoas, em função do modo como se conduziram durante o tratamento.

Ressignificação das atividades cotidianas após a doença

Essa categoria temática concerne às mudanças da visão das atividades praticadas pelas mulheres acometidas, considerando a importância das atividades e como elas foram influenciadas pela ocorrência do câncer de mama.

A respeito desse tema, Leite et al. (2013) sugerem que a doença representa um marco decisivo na vida das mulheres acometidas, a partir do qual novos propósitos de vida são repensados, bem como os valores, crenças, hábitos e maneiras de enfrentar diversos problemas e situações desafiadoras. Essa resignificação pode ser evidenciada pelos relatos das participantes:

Pra mim meu emprego tava bom, minha relação tava boa, tava tudo bom. Então não precisava evoluir. E não é assim que as coisas funcionam, né, a gente sempre tem que procurar evolução. Aí eu tô levando isso como uma experiência de vida, que foi um tapa na cara. Pra mim voltar a estudar, pra mim ir atrás de coisas que eu gostaria de fazer. (Sarah, 25 anos, mastectomia total realizada havia dois meses)

Tive que mudar meu quarto, trocar a cama, porque tudo o que... Até coisas de comer que me lembram, até música assim, da época que eu tava naquela situação, me fazem mal. Até uma roupa que eu usei, que eu lembro. [...] Que nem eu te falei, se entra, sei lá, em alguma parte material que me representa, que me lembra, eu procuro, sabe, desfazer daquilo. (Lorena, 39 anos, mastectomia total realizada havia cinco meses).

Aline traz à tona a questão de como a doença transformou seus valores em esperança de cura, isto é, a expectativa de ter se livrado da ameaça da doença e do fantasma da recidiva que a assombrava. No caso de Sarah, sua vida foi transformada de forma a potencializar um forte anseio de mudança, um movimento de ter uma vida diferente do que estava levando antes de ficar doente, quando seguia uma rotina estável e previsível, mas também empobrecida, sem chances de mudança; após enfrentar a doença, conseguiu traduzir seu sofrimento em novos interesses e na busca de maneiras de colocá-los em prática. Desse modo, ter vivenciado o câncer de mama parece ter impulsionado Sarah a buscar novas possibilidades de recriar sua existência e buscar uma posição de maior satisfação com a vida. Lorena, por sua vez, depositou a procura de imprimir novos significados à própria vida em partes materiais de sua casa, livrando-se de coisas que a remetiam aos tempos em que sofria com o tratamento e com a perda da irmã em decorrência da mesma doença.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo focalizou os aspectos sociais que são influenciados pela experiência do câncer de mama em mulheres jovens acometidas. Os resultados mostraram que a mudança vivenciada na rotina influencia a percepção da passagem pelo tratamento oncológico e de seus dramáticos efeitos colaterais. Com relação à percepção do apoio social, a principal fonte de

suporte identificada emana da família e das pessoas mais próximas afetivamente da mulher acometida. Amigos próximos e colegas de trabalho também são percebidos como provedores de apoio, bem como os serviços de saúde e membros da comunidade que se mantiveram em contato direto com as mulheres durante o tratamento.

Em relação ao significado que o câncer de mama assume na vida das mulheres e as possibilidades de resignificação que as experiências de vida oportunizam, os dados sugerem que as participantes tendem a valorizar mais as lições de vida que aprenderam do que os aspectos devastadores da vivência. De acordo com as falas das mulheres, a doença possibilitou abrir novas portas para as formas de vida que levavam, seja em relação aos valores que comungavam ou à insatisfação com as atividades que antes exerciam, ou mesmo à forma como enfrentavam os problemas anteriormente.

Considerando à exposição a inúmeras situações de vulnerabilidade, essas mulheres requerem atenção especializada dos profissionais de psicologia. De fato, indo ao encontro de estudos anteriores (Gontijo & Ferreira, 2014; Vidotti, Scorsolini-Comin, & Santos, 2013; Vieira, Ford, Santos, Junqueira, & Giami, 2013), os resultados obtidos nesta investigação reforçam a necessidade de qualificar e direcionar a assistência interdisciplinar às mulheres mastectomizadas.

Referências

- Ambrosio, D. C. M., & Santos, M. A. (2011). Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 475-484.
- Caetano, E. A., Gradim, C. V. C., & Santos, L. E. S. (2009). Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Revista Enfermagem UERJ*, 17(2), 257- 261.
- Castro, E. K., Salvador, C., Meneghetti, B. M., & Chem, C. (2011). Qualidade de vida, bem-estar psicológico e autoeficácia em mulheres jovens com câncer de mama. *Revista Interamericana de Psicología*, 45(1), 95-104.
- Cesnik, V. M.; Santos, M. A. (2012a). Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa da produção científica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 339-349.
- Cesnik, V. M.; Santos, M. A. (2012b). Desconfortos físicos decorrentes do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(4), 1001-1008.

Cesnik, V. M., Vieira, E. M. V., Giami, A., Almeida, A. M., Santos, D. B., Santos, M. A. (2013). The sexual life of women with breast cancer: Meanings attributed to the diagnosis and its impact on sexuality. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(2), 187-197.

Fernandes, A. F. C., Rodrigues, M. S. P., & Cavalcanti, P. P. (2004). Comportamento da mulher mastectomizada frente às atividades grupais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(1), 31-34.

Furtado, H. M. S., Rodrigues, S. C., Ferreira, C. B., & Lima, T. F. (2016). Repercussões do diagnóstico de câncer de mama feminino para diferentes faixas etárias. *Ciência & Saúde*, 9(1), 8-14.

Gómez, C. E. P., Sánchez, L. V. G., & Enríquez, J. I. (2011). Experiencias de vida en mujeres con cancer de mama en quimioterapia. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 40(1), 65-84.

Gontijo, I. B. R., & Ferreira, C. B. (2014). Sentimentos de mulheres jovens frente ao diagnóstico de câncer de mama feminino. *Ciência & Saúde*, 7(1), 2-10.

Hermel, J. S., Pizzinato, A., & Uribe, M. C. (2015). Mujeres con cancer de mama: apoyo social y autocuidado percibido. *Revista de Psicología*, 33(2), 439-467.

Instituto Nacional do Câncer (INCA/MS) Pró-Onco. Câncer da mama. Disponível: <http://www.inca.org.br/etast/tipos/mama.html>

Instituto Nacional Do Câncer (INCA/MS) Pró-Onco. Diagnóstico e tratamento: estadiamento. Disponível: <http://www.inca.org.br/tratamento/estadiamento.html>

Junqueira, L. C. U., Vieira, E. M., Giami, A., & Santos, M. A. (2013). Análise da comunicação acerca da sexualidade, estabelecida pelas enfermeiras, com pacientes no contexto assistencial do câncer de mama. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 17(44), 89-101.

Lagoa, E. A., Andrade, N. K. S., Nery, I. S., & Avelino, F. V. S. D. (2015). Sentimento de mulheres mastectomizadas acerca da autoimagem e alterações na vida diária. *Ciência & Saúde*, 8(1), 15-18

Leite, F. M. C., Amorim, M. H. C., Castro, D. S., Vasconcellos, E. G., & Primo, C. C. (2011). Estratégias de enfrentamento vivenciadas por mulheres com diagnóstico de câncer de mama em uso de tamoxifeno. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(3), 394- 398.

McBride, C. M., Clipp, E., Peterson, B. L., Lipkus, I. M., & Demark, W. W. (2000). Psychological impact of diagnosis and risk reduction among cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 9(5), 418-427.

- Mezzomo, N. R., & Abaid, J. L. W. (2012). O câncer de mama na percepção de mulheres mastectomizadas. *Psicologia em Pesquisa*, 6(1), 40-49.
- Sales, C. A. C., Paiva, L., Scandiuizzi, D., & Anjos, A. C. Y. (2001). Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 47(3), 263-272.
- Santos, D. B., Ford, N. J., Santos, M., & Vieira, E. M. (2014). Breast cancer and sexuality: the impacts of breast cancer treatment on the sex lives of women in Brazil. *Culture, Health & Sexuality*, 16(3), 246-257.
- Santos, D. B., Santos, M. A., & Vieira, E. M. (2014). Sexualidade e câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. *Saúde & Sociedade*, 23(4), 1342-1355.
- Santos, M. A., Peres, R. S., Ferreira, S. M. A., Gozzo, T. O., Panobianco, M. S., Almeida, A. M. (2013). A (in)sustentável leveza dos vínculos afetivos: investigando a sexualidade em mulheres que enfrentam o tratamento do câncer de mama. *Vínculo: Revista do NESME*, 10(1), 1-8.
- Santos, M. A., Prado, M. A. S., Panobianco, M. S., & Almeida, A. M. (2011). Grupo de apoio a mulheres mastectomizadas: cuidando das dimensões subjetivas do adoecer. *Revista da SPAGESP*, 12(2), 27-33.
- Sluzki, C. E. (1997). A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas (C. Berliner, Trad.). São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Silva, G., & Santos, M. A. (2010). Stressors in breast cancer post-treatment: a qualitative approach. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(4), 688-695.
- Souza, B. F., Moraes, J. A. M., Inocenti, A., Santos, M. A., Silva, A. E. B. C., & Miaso, A. I. (2014). Women with breast cancer taking chemotherapy: depression symptoms and treatment adherence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(5), 866-873.
- Wendt, N. C., & Crepaldi, M. A. (2007). A utilização de genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 302-310.
- Vidotti, J. F., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013). Qualidade de vida em sobreviventes de longo prazo ao câncer de mama: análise da produção científica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(3), 49-68.
- Vieira, E. M., Ford, N. J., Santos, M. A., Junqueira, L. C. U., & Giami, A. (2013). Representations of nurses regarding sexuality of women treated for breast cancer in Brazil. *Cadernos de Saúde*

Pública, 29(10), 2049-2056.

Vieira, E. M., Santos, D. B., Santos, M. A., & Giami, A. (2014). Experience of sexuality after breast cancer: a qualitative study with women in rehabilitation. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(3), 408-414.

SENTIDOS DE RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE PARA FAMILIARES DE PACIENTES SUBMETIDOS AO TCTH⁹²

Iara da Silva Freitas⁹³

Manoel Antônio dos Santos⁹⁴

Érika Arantes de Oliveira-Cardoso⁹⁵

RESUMO

A espiritualidade e a religiosidade constituem relevantes fontes de suporte emocional aos familiares de pacientes gravemente doentes. O objetivo deste estudo foi investigar o significado atribuído à religiosidade e espiritualidade pelo familiar de pessoas com câncer hematológico, submetidas ao TCTH. Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Foram entrevistadas dez mães, cujos filhos fizeram Transplante de Medula Óssea. As entrevistas individuais foram audiogravadas e seu conteúdo foi transcrito literalmente e na íntegra. O material transcrito foi submetido à análise de conteúdo temática. Religiosidade e espiritualidade emergiram nas falas das participantes, coloridas pelas diferentes crenças religiosas professadas, como fonte de apoio e alento para o cuidador familiar, auxiliando-o a suportar as adversidades inerentes à situação de ser acompanhante de um paciente submetido a procedimento de alto risco. Constatou-se a importância da religiosidade e da espiritualidade como recursos de enfrentamento.

Palavras-chave: espiritualidade; religiosidade; familiar; transplante de células tronco-hematopoéticas.

INTRODUÇÃO

O transplante de células-tronco hematopoiéticas (TCTH) é um dos tratamentos mais arrojados e promissores que surgiram nas últimas décadas para doenças onco-hematológicas. Trata-se de um procedimento altamente invasivo e que envolve risco de morte em decorrência de seus efeitos adversos (Matias, Oliveira-Cardoso, Mastropietro, Voltarelli & Santos, 2011). Por isso, exige o

⁹² Universidade de São Paulo, USP-RP -Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS

⁹³ Graduada em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Bolsista de Iniciação Científica da Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade de São Paulo (RUSP-Institucional). E-mail: iarafeitas.psi@gmail.com

⁹⁴ Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Psicólogo, Mestre e Doutor pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Livre-docente pela FFCLRP-USP. Líder do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (FFCLRP-USP-CNPq). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto-SP. E-mail: masantos@ffclrp.usp.br

⁹⁵ Mestre e Doutora em Psicologia. Psicóloga do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS (FFCLRP-USP-CNPq). E-mail: erikaao@ffclrp.usp.br

envolvimento estreito de um cuidador familiar durante todas as suas etapas, o que expõe esse membro da família a estressores contínuos (Laudenslager et al., 2015; Rodday et al., 2012).

A literatura aponta que o TCTH constitui um processo que afeta psicologicamente a pacientes e cuidadores familiares (Cooke, Grant, Eldredge, Maziaiz & Nail, 2010; El-Jawahri et al., 2015; Jobe-Shields et al., 2009; Bevans et al., 2014). Estudos recentes propõem que, o conhecimento sobre as necessidades dos cuidadores e da família são importantes componentes para os cuidados do transplante (Pennarola et al., 2012). Mayer et al. (2009) identificaram necessidades e recursos de pais de pacientes pediátricos durante o primeiro ano após o transplante de células tronco hematopoiéticas, por meio de questionários respondidos online. Os pais apontaram que a equipe constituía a principal fonte de apoio durante o procedimento, fornecendo informações e auxiliando a manejar a experiência de cuidado. No que se refere a fontes de apoio, e apesar de a literatura ser ainda incipiente, estudos recentes têm proporcionado crescentes evidências de que religiosidade/espiritualidade constituem relevantes fontes de suporte emocional aos cuidadores familiares de pacientes gravemente doentes, especialmente no campo das doenças potencialmente terminais.

Torskenaes et al. (2015), em um estudo exploratório e comparativo, investigaram o significado da espiritualidade, de acordo com a percepção de enfermeiros e cuidadores informais, bem como compararam as definições do termo entre grupos de indivíduos de dois países da Europa, a partir da perspectiva cristã. Os achados apontam que os grupos identificaram a perspectiva religiosa da espiritualidade e enfatizaram a conexão com o self, a família, a natureza, e com Deus/força superior, bem como chamaram a atenção para a existência de energias positivas e negativas relacionadas à espiritualidade, sendo que as primeiras incluem os sentimentos de transcendência, completude, e proximidade com um poder superior, e as últimas se referem a uma sensação de medo, vivenciada após a morte de alguém, e de fenômenos inexplicados que possam se seguir. Fife, Monahan, Abonour, Wood e Stump (2009) ao investigarem o curso da adaptação de cuidadores familiares de adultos submetidos ao TCTH, indicada pelo nível de estresse emocional, durante a fase aguda do percurso do transplante encontraram, especificamente, que o maior senso de ligação com a espiritualidade foi um dos principais fatores associados a baixo sofrimento emocional.

Objetivo

Considerando o exposto, este estudo teve como objetivo investigar o significado atribuído à religiosidade e espiritualidade pelo familiar de pessoas com câncer hematológico, submetidas ao TCTH.

Justificativa

De acordo com a literatura, a religiosidade e a espiritualidade podem constituir apoio no que se refere ao enfrentamento do câncer, produzindo, não raro, alívio ao sofrimento, e relacionando-se à expectativa de cura, mas também à um consolo frente à finitude. Nesse sentido, torna-se importante tomar conhecimento acerca de como a fé se apresenta nestes contextos, de modo a auxiliar os profissionais da saúde na compreensão da maneira como os familiares de pacientes lidam com o tratamento, com vistas a prover um cuidado que leve em conta e respeite as crenças destes.

MÉTODO

Foi desenvolvido um estudo no enfoque de pesquisa qualitativa. A amostra de conveniência foi composta por dez mães de pacientes submetidos ao TCTH, hospedadas na casa do Grupo de Apoio ao Transplantado de Medula Óssea em uma cidade do noroeste paulista. As características sociodemográficas das participantes são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos participantes

Nome*	Idade	Escolaridade**	Estado marital	Profissão	Religião
Clara	42	E.F.I.	Casada	Trabalhadora rural	Católica
Cláudia	39	E.M.C.	Casada	Cabeleireira	Católica
Elisa	34	E.M.C.	Casada	Vendedora	Evangélica
Fabiana	31	E.S.C.	Divorciada	Enfermeira	Católica
Rosa	46	E.F.I.	Casada	Do lar	Católica
Hilda	46	E.F.I.	Viúva	Vendedora	Evangélica
Elza	52	E.F.I.	Casada	Doméstica	Católica
Marta	54	E.F.I.	Viúva	Do lar	Católica
Ana	39	E.F.I.	Casada	Dama de companhia	Testemunha de Jeová
Cíntia	31	E.M.C.	Casada	Do Lar	Católica

* Nomes fictícios

** E.F.I.: Ensino Fundamental Incompleto; EMI: Ensino Médio Incompleto; EMC: Ensino Médio Completo; ESI: Ensino Superior Incompleto; ESC: Ensino Superior Completo.

Para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada. As entrevistas individuais foram audiogravadas e seu conteúdo posteriormente transcrito literalmente e na íntegra. O material transcrito foi submetido à análise de conteúdo temática.

RESULTADOS

Da análise de conteúdo emergiram cinco categorias temáticas:

- Fonte de apoio ao enfrentamento da doença e dos rigores do tratamento

Nessa categoria foram incluídas as falas que significam a religiosidade como fonte de apoio para o cuidador familiar, auxiliando-o a suportar as adversidades inerentes à situação de ser acompanhante de um paciente submetido a procedimento de alto risco, como é o caso do TCTH, que exige inúmeras tarefas rotineiras, implicando em restrições importantes no cotidiano tanto do paciente como do familiar.

A minha fé em Deus é que me acalma, é que me dá paciência, é que me diz “espera, na hora de você falar, calma, reflita”, é a fé, é a minha esperança em um Deus, que faz com que eu consiga parar um pouquinho, “não é agora, não é desse jeito”, é quem faz eu pedir desculpa, é quem me dá humildade... Então eu acho que se eu não tivesse fé eu não estaria aqui (Cláudia, 39, católica)

- Expectativa de cura por intercessão divina

Nessa categoria foram incluídas as falas que sugerem que o participante vislumbra na religiosidade um meio de obter a intervenção divina para promover a cura, aliada à competência técnica da equipe. Deus é concebido como fonte de força e esteio para as angústias suscitadas pela insegurança que permeia o cenário do TCTH.

Eu dobrava meus joelho dentro do banheiro, eu não queria chorar de frente com ele, eu entrava no banheiro e falava “Senhor, se for de Tua vontade, um dia meu filho vai ser curado”, e eu pedia tanto que um dia eu ia ver meu filho curado, que se fosse da vontade Dele, um dia ia abrir as portas de um transplante pra meu filho. Se fosse da vontade Dele, que um dia ele ia abrir essa porta pra ele (Clara, 42, católica)

- O destino depositado nas mãos de Deus

Nessa categoria foram incluídas as falas que sustentam que a vida é governada pelos desígnios de uma força superior, representada por Deus.

Por que, assim, eu poderia ter reclamado mais, murmurado mais, e não, independentemente de qualquer coisa: “Senhor, eu tô em tuas mãos” (Elisa, 34, evangélica)

- Intensificação do recurso à religiosidade

Nessa categoria foram incluídas falas que se referem ao apego maior à religião ao longo do tratamento.

E durante esses seis meses em que ela ficou lá também, todo dia nós participamos da missa, da comunhão, do bispo, do padre, né, que tinha lá na capela, todo dia tinha missa. Que nem a unção dos enfermos, a pessoa perguntou se ela já tinha passado [risos], eu falei: “Dá pra contar nos dedos, foram 12 padres e um bispo”(Rosa, 46, católica)

- Possibilidade de que algo de positivo seja extraído da situação de sofrimento

As participantes vislumbram possibilidades de auferirem benefícios a partir do contato com a dor e sofrimento intensos.

[...] a [doença] vem pra gente ter arrependimento de alguma coisa que a gente fez, entendeu? Tanto pra mim, como pra ele, que é filho. Porque, em certo sentido, a gente é um pouco egoísta. É nessa hora aí que você vê, né, que a gente, não é só de coisas materiais que a gente precisa (Hilda, 46, evangélica)

Discussão

Pareceu evidente nas entrevistas a reação inicial de choque e negação em relação ao diagnóstico, seguido por ambivalência, revolta, indecisão, barganha, depressão e, posteriormente, aceitação, reações esperadas no chamado luto normal, e comuns nos casos de luto antecipatório (Fonseca & Fonseca, 2002).

Na tentativa de atenuar o impacto de eventos estressores, associados ao diagnóstico de uma doença potencialmente fatal e o longo percurso do tratamento, as mães se utilizam de determinadas estratégias de enfrentamento. No presente estudo, pôde-se detectar que as formas mais utilizadas para o enfrentamento da situação de adoecimento e dos percalços do TCTH, foram o apego à religiosidade/espiritualidade, fortalecimento da fé, confiança na equipe, e apoio familiar. Isto corrobora os achados de Fonseca (2001), que em seu trabalho apontou a crença e os valores

religiosos, como aspectos muito significativos no processo de luto antecipatório, sendo a esperança e a fé observadas durante quase todo o processo.

Pode-se dizer que a estratégia da qual mais se fez uso pelas mães foi o apego à fé, por meio do recurso à religiosidade/espiritualidade, o que corrobora os achados de Schneider e Mannel (2006), que apontaram a espiritualidade como a estratégia de enfrentamento mais proeminente utilizada por pais mediante o diagnóstico de câncer dos filhos, a qual oferecia conforto, especialmente nos momentos de sofrimento mais elevado. A espiritualidade como um recurso de enfrentamento utilizado por cuidadores familiares de crianças e adolescentes submetidos ao transplante de medula óssea foi também apontada por Andres, Lima e Rocha (2005) como fonte de apoio, e de amparo a fim de que não se sentissem sós, na luta pela vida dos pacientes. Fife et al. (2009), em seus achados, complementaram que a espiritualidade possui um papel importante na adaptação positiva de cuidadores familiares de pacientes adultos, no que se refere ao longo percurso do TCTH.

Em relação à fonte de apoio ao enfrentamento da doença e dos rigores do tratamento, as dez mães abordaram que buscaram apoio em Deus, na fé, na religião, para atravessar o momento do adoecimento e tratamento de seus filhos. As mães diferiam em termos de crenças religiosas, e a quem clamam por ajuda, isto é, algumas mães praticantes da religião católica pediam o auxílio de Maria, mãe de Jesus Cristo, enquanto as demais participantes mencionaram mais haver clamado por Deus e Jesus. A participante que se define como estudante da religião das Testemunhas de Jeová, relata que recebeu o apoio de Jeová.

No que se refere à expectativa de cura por intercessão divina, as dez mães entrevistadas abordaram esta questão, sendo que algumas clamam diretamente a Deus pela cura, pela salvação do filho, enquanto outras relatam que Deus age intermediando a inteligência e a capacidade da equipe, para curar as pessoas. Sendo assim, todas as entrevistadas relataram acreditar que Deus participa direta ou indiretamente de todos os eventos e desfechos positivos que ocorreram antes e após o transplante. Tais resultados estão de acordo com os achados de Schneider e Mannel (2006) que descreveram a espiritualidade como um recurso que pode ser expresso de várias formas no repertório de enfrentamento dos pais.

Em relação à questão do destino depositado nas mãos de Deus, todas as participantes relataram que, diante da gravidade do estado de saúde de seus filhos, e dos riscos inerentes ao TCTH, colocaram o destino a cargo de Deus. As mães abordaram que o que desejavam era a cura da enfermidade e, através dela, ter a vida do filho, mas se este não fosse o desejo de Deus, respeitariam, pois este sabia o que era melhor.

No que concerne à intensificação do recurso à religiosidade, as dez entrevistadas referiram que, no período do adoecimento e tratamento de seus filhos, intensificaram o apego à religiosidade,

aumentaram suas preces, bem como a frequência de idas a instituições religiosas. Uma das mães, adepta da religião católica, diferentemente das outras, abordou que, ao saber sobre a recidiva da doença de seu filho, e que este havia recebido indicação para o transplante, por um momento se revoltou contra Deus, mas depois se acalmou e manteve sua fé. Nesse sentido, pôde-se notar que a fé desta participante em específico mostrou-se, por um momento, hesitante. Pode-se pensar que este aspecto pode não haver sido mencionado por outras mães, mas não significa que não haja ocorrido.

Todas as participantes entrevistadas abordaram haver extraído algo positivo da situação de sofrimento, enfatizando aspectos como a maior valorização das pessoas em detrimento dos valores materiais, a redefinição de relacionamentos, o amadurecimento adquirido, o aprender a ser mais humilde e tolerante, e a conviver com pessoas diferentes, bem como a oportunidade de ter mais fé, de repensar o modo de viver e agir na vida. É válido salientar também, no que concerne à condição psicológica das participantes, a modificação empreendida no modo de viver a vida, isto é, remete-se a uma existência anterior ao diagnóstico e o processo do transplante do filho (a), e outra após. Assim, após adoecimento e TCTH, pareceram surgir pessoas modificadas, que descobriram caminhos diferentes para dar curso a suas ações, com a criação de novos ideais e valores, que privilegiam o contato com o outro, a aceitação do diferente, momentos de interação de qualidade com os filhos, o trabalhar menos em detrimento do vivenciar e acompanhar as experiências dos filhos.

Assim, mediante os resultados encontrados no presente estudo, parece importante que, além de reconhecer a religiosidade como conforto e suporte para o paciente e seus familiares vivenciarem a situação de adoecimento, como sugere um estudo realizado por Espíndula, Valle e Bello (2010), e de respeitar crenças e convicções religiosas dos cuidadores e pacientes, os profissionais da saúde possam incorporar efetivamente o cuidado religioso-espiritual às ações de saúde. Uma possibilidade é a realização de oficinas de religiosidade/espiritualidade, a exemplo do que sugerem estudos recentes, que abordam intervenções em condições crônicas (Backes et al., 2012).

Conclusões

Os resultados evidenciaram a importância da fé e da religiosidade e espiritualidade como recursos de enfrentamento utilizados pelas mães de pacientes submetidos ao TCTH. Assim, os achados deste estudo convidam os profissionais da área da saúde a proverem um cuidado que reconheça os sentidos que a religiosidade/espiritualidade possuem para cuidadores e familiares, bem como respeite, e leve em consideração suas convicções religiosas, além de inserir de maneira efetiva o cuidado religioso-espiritual às ações no âmbito da saúde.

REFERÊNCIAS

- Andres, J. C., Lima, R. A. G., & Rocha, S. M. M. (2005). Experiência de pais e outros familiares no cuidado à criança e ao adolescente após o transplante de medula óssea. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(4), 416-421. Recuperado em setembro 5, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n4/a07v58n4>
- Backes, D. S., Backes, M. S., Medeiros, H. M. F., Siqueira, D. F., Pereira, S. B., Dalcin, C. B., & Rupolo, I. (2012). Spirituality workshops: alternative care for the comprehensive treatment of drug addicts. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5), 1253-1258. doi: 10.1590/S0080-62342012000500030
- Bevans, M., Wehrle, L., Castro, K., Prince, P., Shelburne, N., Soeken, K., & Wallen, G. (2014). A problem-solving education intervention in caregivers and patients during allogeneic hematopoietic stem cell transplantation. *Journal of Health Psychology*, 19(5), 602-617. doi: 10.1177/1359105313475902
- Cooke, L., Grant, M., Eldredge, D. H., Maziaiz, R. T., & Nail, L. M. (2011). Informal caregiving in HCT patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 15(5), 500-507. doi: 10.1016/j.ejon.2011.01.007
- El-Jawahri, A., Traeger, L., Kuzmuk, K., Eusebio, J., Vandusen, H., Shin, J., K., ... Teme, J. S. (2015). Quality of life and mood of patients and family caregivers during hospitalization for hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer*, 121(6), 951-959. doi: 10.1002/cncr.29149
- Espíndula, J. A., Valle, E., R. M., & Bello, A. A. (2010). Religião e espiritualidade: um olhar de profissionais de saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(6), 1229-1236. doi: 10.1590/S0104-11692010000600025
- Fife, B. L., Monahan, P. O., Abonour, R., Wood, L. L., & Stump, T. E. (2009). Adaptation of family caregivers during the acute phase of adult BMT. *Bone Marrow Transplantation*, 43(2), 959-966. doi: 10.1038/bmt.2008.405
- Fonseca, J. P. (2001). *Luto antecipatório: as experiências familiares diante de uma morte*

anunciada (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica, São Paulo.

Fonseca, J. P., & Fonseca, M.I. (2002). Luto antecipatório. In M. H. P. Franco (Org), *Estudos avançados sobre o luto*. Campinas: Livro Pleno.

Jobe-Shields, L., Alderfer, M. A., Barrera, M., Vannatta, K., Currier, J. M., & Phipps, S. (2009). Parental depression and family environment predict distress on children prior to stem-cell transplantation. *Journal of Developmental & Behavioral Practices*, 30(2), 140-146. doi: 10.1097/DBP.0b013e3181976a59

Laudenslager, M. L., Simoneau, T. L., Kilbourn, K., Natvig, C., Philips, S., Spradley, J., ... Mikulich-Gilbertson, S. K. (2015). A randomized control trial of a psychosocial intervention for caregivers of allogeneic hematopoietic stem cell transplant patients: effects on distress. *Bone Marrow Transplant*, 50(8), 1110-1118. doi: 10.1038/bmt.2015.104

Matias, A. B., Oliveira-Cardoso, E., Mastropietro, A. P., Voltarelli, J. C., & Santos, M. A. (2011). Qualidade de vida e transplante de células tronco-hematopoéticas alogênico: um estudo longitudinal. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(2), 187-197. doi: 10.1590/S0103-166X2011000200006

Mayer, D. K., Tighiouart, H., Terrin, N., Stewart, S., Peterson, E., Jeruss, S., & Parsons, S. K. (2009). A brief report of caregiver needs and resource utilization during pediatric hematopoietic stem cell transplantation. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 26(4), 223-229. doi: 10.1177/1043454209340409

Pennarola, B. W., Rodday, A. M., Mayer, D. K., Ratichek, S. J., Davies, S. M., Syrjala, K. L., ... Parsons, S. K. (2012). Factors associated with parental activation in pediatric hematopoietic stem cell transplant. *Medical Care Research and Review*, 69(2), 194-214. doi: 10.1177/1077558711431460

Rodday, A. M., Pedowitz, E. J., Mayer, D. K., Ratichek, S. J., Gien, C. W., & Parsons, S. K. (2012). Parental caregiving of children prior to hematopoietic stem cell transplant. *Research in Nursing & Health*, 35(4), 328-339. doi: 10.1002/nur.21485

Schneider, M. A., & Mannell, R. C. (2006). Beacon in the storm: an exploration of the spirituality and faith of parents whose children have cancer. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 29,(1) 3-24. doi: 10.1080/01460860500523731

Torskenaes, K. B., Baldacchino, D. R., Kalfoss, M., Baldacchino, T., Borg, J., Falzon, M., & Grima, K. (2015). Nurses' and caregivers' definition of spirituality from the Christian perspective: a comparative study between Malta and Norway. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 39-53. doi: 10.1111/jonm.12080

DINÂMICA FAMILIAR E RELACIONAMENTOS AMOROSOS EM MULHERES COM ANOREXIA E BULIMIA

Manoel Antônio dos Santos⁹⁶

Carolina Rizzatto Martins Padilha⁹⁷

Kelly Graziani Giaccherro Vedana⁹⁸

Ana Carolina Guidorizzi Zanetti⁹⁹

Adriana Inocenti Miasso¹⁰⁰

Jacqueline de Souza¹⁰¹

Sandra Cristina Pillon¹⁰²

Érika Arantes de Oliveira-Cardoso¹⁰³

Universidade de São Paulo, USP-RP

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS

⁹⁶ Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Psicólogo, Mestre e Doutor pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Livre-docente pela FFCLRP-USP. Líder do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (FFCLRP-USP-CNPq). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto-SP. E-mail: manoelmasantos@gmail.com

⁹⁷ Aluna do curso de graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Bolsista de Iniciação Científica da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS (FFCLRP-USP-CNPq). Estagiária do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP). E-mail: carolina_rmp@hotmail.com

⁹⁸ Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela EERP-USP. E-mail: kelly.giaccherro@gmail.com

⁹⁹ Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: carolzan@eerp.usp.br

¹⁰⁰ Professor Associado do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). E-mail: amiasso@hotmail.com

¹⁰¹ Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado pelo *Centre for Addiction and Mental Health*, Toronto, Canadá. E-mail: jacsouza2003@gmail.com

¹⁰² Enfermeira, Mestre e Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Titular do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado pela Universidade de Alberta, Canadá. E-mail: pillon@eerp.usp.br

¹⁰³ Mestre e Doutora em Psicologia. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia. Psicóloga do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS (FFCLRP-USP-CNPq). E-mail: erikaa@ffclrp.usp.br

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as famílias têm sido cada vez mais solicitadas pelos sistemas de saúde para desempenharem o papel de prestadora de cuidados, uma vez que elas dão o suporte social aos pacientes, permitindo que se sintam cuidados, valorizados e contidos em suas ansiedades (Espíndola & Blay, 2009). No âmbito dos Transtornos Alimentares (TAs), a família também é quem se apropria do cuidado da pessoa acometida pelo problema, podendo ou não manejar melhor as situações que o envolvem. É a partir desse apoio recebido que o paciente pode também se ajudar e conseguir controlar seus sintomas e, assim, apresentar melhora em seu quadro clínico (Jaeger, Seminotti, & Falceto, 2011).

A literatura científica engloba uma quantidade significativa de estudos que apontam para a rede social familiar como sendo a principal fonte de apoio aos indivíduos acometidos por esses quadros (Dimitropoulos, Carter, Schachter, & Woodside, 2008; Kluck, 2008; Leonidas, 2012; Limbert, 2010; Marcos & Cantero, 2009). Dentre os membros da família, a mãe e o cônjuge são considerados as principais fontes de suporte recebido pelas pacientes com TAs (Marcos & Cantero, 2009; Limbert, 2010). Por outro lado, o contexto familiar influencia tanto quanto é influenciado pelo transtorno e o processo de tratamento deve levar em conta esse contexto para ser efetivo (Santos, Oliveira, Moscheta, Ribeiro, & Santos, 2004).

A constituição da personalidade de uma pessoa envolve o estabelecimento de vínculos variados e diferentes configurações de relações familiares, sociais e pessoais (Oliveira & Santos, 2006). Pacientes com TA têm dificuldades em estabelecer e manter relacionamentos afetivos e interpessoais, de acordo com a literatura científica da área. Tendo em vista que esses relacionamentos são cruciais para a qualidade de vida, acredita-se que essas dificuldades podem estar relacionadas com a predisposição, perpetuação e/manutenção dos sintomas do TA (Vaux, 1988). O apoio social, adquirido por meio desses relacionamentos variados, têm sido considerado como parte importante da promoção de saúde, uma vez que pode fornecer assistência às necessidades físicas e emocionais, assim como amenizar o efeito que eventos estressores exercem sobre a qualidade de vida dos pacientes (Bullock, 2004).

Desenvolvimento do tema

Na contemporaneidade os relacionamentos amorosos sofreram transformações significativas, que repercutem na redefinição das identidades de cada parceiro envolvido. O casamento contemporâneo envolve alto grau de intimidade e grande investimento afetivo. Encontrar alguém para compartilhar a vida e ter filhos parece ser uma busca constante, e o casamento ainda configura um rito de passagem muito significativo em várias sociedades (Scorsolini-Comin &

Santos, 2010). O relacionamento conjugal, portanto, tem sido associado à saúde e à qualidade de vida, principalmente nos anos de maturidade e velhice, embora o fato de um casamento durar não necessariamente signifique que o mesmo seja satisfatório para os cônjuges.

Alguns prejuízos apontados, provocados por uma relação conjugal insatisfatória, são: o divórcio ou separação do casal, aumento do risco de os cônjuges apresentarem psicopatologias, de estarem envolvidos em acidentes automobilísticos, de exposição à incidência de doenças físicas, de cometerem suicídio, homicídio ou outros atos de violência, entre outros. Assim, como destacado por Perlin (2006), a satisfação é um elemento fundamental em um relacionamento interpessoal. Tendo em vista que a literatura aponta insatisfações conjugais a partir de relatos de pacientes com TAs e seus parceiros, percebe-se a relevância da investigação desses relacionamentos afetivos. Homens casados com pacientes com TA acabam por transformar-se na família nuclear de suas parceiras e, portanto, acabam assumindo a posição de suporte delas perante o tratamento, tendo em vista que uma relação íntima pode ser definida como um relacionamento interpessoal particularmente estreito, que envolve tanto intimidade física como emocional (Miller & Perlman, 2008).

Estudo verificou que, nos últimos 20 anos, foi produzido um número considerável de pesquisas que almejam verificar a relação entre os TAs e os relacionamentos afetivos (Arcelus, Yates, & Whiteley, 2012), embora ainda sejam raros. Nesse contexto, a terapia no contexto do casal é uma opção altamente relevante no tratamento, visto que as dificuldades conjugais/íntimas estão associadas aos TAs e podem contribuir para a manutenção dos sintomas. Entretanto, a terapia no contexto do casal raramente tem sido utilizada como parte integrante do tratamento de pessoas com TAs, evidenciando-se falta de familiaridade por parte dos especialistas da área com essa modalidade de psicoterapia. Mesmo quando são especializados em terapia de casal, os profissionais que atuam com os TAs não se sentem qualificados para o atendimento dessa demanda (Arcelus et al., 2012).

De acordo com Van den Broucke e Vandereycken (1988), pessoas casadas acometidas por TAs dividem-se em dois grupos: com TA pré-casamento e TA pós-casamento. No primeiro caso, a relação estaria repleta de aspectos neuróticos de ambos os lados; a paciente pode se contentar com um parceiro que não a teria escolhido se ela não tivesse o TA, pois ela sente que não merece alguém melhor. Por outro lado, o marido pode optar por se casar com alguém com TA a fim de cumprir as suas próprias “fantasias de salvador”, o que geralmente o impede de apoiar o tratamento. No início, essa relação pode ser sustentada, porém, com o tempo, a fantasia de salvar a esposa pode se transformar em sentimento de fracasso e insatisfação marital. Quando o distúrbio emerge após o casamento, é geralmente baseado em um forte laço afetivo estabelecido entre os parceiros. Esse laço é composto por uma história que continua o mesmo padrão de

relacionamento que foi estabelecido entre a paciente e seus pais, no passado. Conflitos desenvolvimentais da adolescência, que foram mal resolvidos, são deslocados para o contexto marital. Dessa forma, a paciente oscila entre uma autonomia assertiva e a submissão passiva às necessidades do marido. A falta de “força” do ego de ambos os parceiros é comumente mascarada por uma identificação com papéis sexuais estereotipados, que impedem que eles expressem seus reais sentimentos e alcancem uma intimidade genuína (Van den Broucke & Vandereycken, 1988). Outro estudo científico investigou a perspectiva de 10 casais (ambos os parceiros, isto é, as pacientes com TAs e seus maridos) sobre seus casamentos, investigando aspectos da relação conjugal e a maneira de lidar com o transtorno da esposa. Em todos os casos, o TA havia aparecido após o início do relacionamento. Os resultados apontaram que ambos os parceiros concordaram que o TA interferiu na qualidade da relação conjugal. Em contraste, a causa do problema geralmente era vista como algo totalmente separado da relação marital – por exemplo, foi atribuída à insatisfação da mulher com seu peso ou aparência física ou os conflitos preexistentes entre ela e seus pais. Em apenas dois casos, a mulher – mas não o marido – mencionou os problemas conjugais como possíveis desencadeadores do transtorno. Dessa maneira, a maioria dos maridos e das próprias mulheres era mais consciente da influência que o TA exercia sobre o vínculo conjugal, mas não da influência inversa (da relação conjugal no TA), que também é uma hipótese a ser considerada (Van den Broucke & Vandereycken, 1988).

Segundo Bulik, Baucom & Kirby (2012), é forte o impacto dos TAs nos parceiros das pessoas acometidas, visto que as pacientes se tornam dependentes e necessitam de apoio contínuo, de forma que os parceiros passam a conviver com diversas emoções desencadeadas pela situação: raiva, tristeza, vergonha, ansiedade, depressão e culpa. Estudo realizado por Huke e Slade (2006) buscou explorar a experiência de parceiros que conviviam com parceiras diagnosticadas com bulimia. A amostra foi composta por oito homens que responderam a um roteiro de entrevista relativa à experiência da descoberta do transtorno e como tinha sido até então, desde o relacionamento em si até a percepção das esposas. No geral, foram relatadas dificuldades de convivência, como a manutenção do segredo em relação aos sintomas do TA, o esforço para compreensão do transtorno, especulação pessoal de possíveis causas para a BN, sentimentos de impotência, solidão e culpa, assim como as tensões comuns que são criadas dentro do próprio relacionamento.

Côté, Bégin, Aimé e Ratté (2011) realizaram um estudo com o objetivo de esclarecer a natureza da associação entre problemas conjugais, incluindo estado civil (o fato de estar ou não vivendo com um parceiro), qualidade da relação (estar satisfeito ou não com o relacionamento) e gravidade dos sintomas dos TAs das pacientes. A amostra foi composta por 223 mulheres com TAs que estavam em tratamento; uma parte tinha cônjuge/parceiro e a outra, não. Os principais achados

apontam que alguns sintomas do transtorno se mostraram mais graves para as mulheres que não viviam/coabitavam com um parceiro ou que relataram maior insatisfação conjugal. Os resultados mostram que é de suma importância considerar a relação conjugal na compreensão do transtorno e no planejamento da intervenção terapêutica, corroborando o que já havia sido apontado anteriormente.

Conclusão

Apesar dos avanços científicos apreciáveis, ainda se evidencia uma escassez de estudos disponíveis na literatura nacional e internacional dedicada ao tema dos parceiros íntimos de mulheres com TAs e seus relacionamentos. Falta preparo e conhecimentos dos profissionais da área para lidar com a questão afetiva/conjugal que emergem durante o tratamento das pacientes, assim como para elucidar as dúvidas e dificuldades apresentadas pelos parceiros/cônjuges de mulheres acometidas por TAs para enfrentarem a situação. Nesse sentido, a compreensão mais aprofundada das relações íntimas nesse contexto pode favorecer o desenvolvimento de uma teoria mais geral sobre as diversas facetas dos relacionamentos nos TAs, auxiliando os parceiros a ajudar a parceira afetada pelo transtorno de modo mais eficiente no âmbito do tratamento (Bulik, Baucom & Kirby, 2012).

Referências

- Arcelus, J., Yates, A., Whiteley, R. (2012). Romantic relationships, clinical and sub-clinical eating disorders: A review of the literature. *Sexual and Relationship Therapy*, 27(2), 147-161.
- Bullock, K. (2004). Family social support. In P. J. Bomar (Ed.), *Promoting health in families: Applying research and theory to nursing practice* (pp. 141-161). Philadelphia, PA: Saunders.
- Bulik, C. M., Baucom, D. H., & Kirby, J. S. (2012). Treating Anorexia Nervosa in the couple context. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(1), 19-33.
- Côté, M., Bégin, C., Aimé, A., & Ratté, C. (2011) Approfondissement du lien entre les enjeux onjugaux et la sévérité des symptômes alimentaires. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 16(1), 12-26.
- Dimitropoulos, G., Carter, J., Schachter, R., & Woodside, D. B. (2008). Predictors of family functioning in carers of individuals with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 739-747.
- Espíndola, C. R., & Blay, S. L. (2009). Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. *Revista Saúde Pública*, 43(4), 707-716.
- Huke, K., & Slade, P. (2006). An Exploratory Investigation of the Experiences of Partners Living With People Who Have Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 436-447.

- Jaeger, M. A. S., Seminotti, N., & Falceto, O. G. (2011). O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria Rio Grande do Sul*, 33(1), 20-27.
- Kluck, A. S. (2008). Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors*, 9(4), 471-483.
- Leonidas, C. (2012). *Redes sociais e apoio social no contexto dos transtornos alimentares*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Limbert, C. (2010). Perceptions of social support and eating disorder characteristics. *Health Care for Women International*, 31(2), 170-187.
- Marcos, Y. Q., & Cantero, M. C. T. (2009). Assessment of social support dimensions in patients with eating disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 12(1), 226-235.
- Miller, R. & Perlman, D. (2008). *Intimate relationships*. 5th ed. Boston, USA: McGraw Hill.
- Oliveira, E. A. & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 353-360.
- Santos, M. A., Oliveira, E. A., Moscheta, M. S., Ribeiro, R. P. P., & Santos, J. E. (2004). Mulheres plenas de vazio: os aspectos familiares da anorexia nervosa. *Vínculo*, 1(1), 46-51.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2010). Ajustamento Diádico e Satisfação Conjugal: Correlações entre os Domínios de Duas Escalas de Avaliação da Conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), 439-447.
- Van den Broucke, S., & Vandereycken, W. (1988). Anorexia and bulimia nervosa in married patients: a review. *Comprehensive Psychiatry*, 29(2), 165-173.
- Vaux, A. (1988). *Social support: Theory, research and intervention*. New York: Praeger.

DINÂMICA DO RELACIONAMENTO FRATERNAL NA ANOREXIA E BULIMIA

Manoel Antônio dos Santos¹⁰⁴

Érika Arantes de Oliveira-Cardoso¹⁰⁵

Rosane Pilot Pessa Ribeiro¹⁰⁶

Sandra Cristina Pillon¹⁰⁷

Jacqueline de Souza¹⁰⁸

Kelly Graziani Giaccherro Vedana¹⁰⁹

Ana Carolina Guidorizzi Zanetti¹¹⁰

Ana Beatriz Paschoalato Di Nardo¹¹¹

Adriana Inocenti Miasso¹¹²

Rodrigo Sanches Peres¹¹³

¹⁰⁴ Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Psicólogo, Mestre e Doutor pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Livre-docente pela FFCLRP-USP. Líder do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (FFCLRP-USP-CNPq). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1B. Coordenador da equipe de Psicologia do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP). Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP. E-mail: manomasantos@gmail.com

¹⁰⁵ Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia. Psicóloga do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS (FFCLRP-USP-CNPq). Coordenadora da equipe de Psicologia do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP). E-mail: erikao@ffclrp.usp.br

¹⁰⁶ Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Vice-coordenadora do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP). E-mail: rribeiro@eerp.usp.br

¹⁰⁷ Enfermeira, Mestre e Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Titular do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado pela Universidade de Alberta, Canadá. E-mail: pillon@eerp.usp.br

¹⁰⁸ Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado pelo *Centre for Addiction and Mental Health*, Toronto, Canadá. E-mail: jacsouza2003@gmail.com

¹⁰⁹ Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela EERP-USP. E-mail: kelly.giaccherro@gmail.com

¹¹⁰ Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado pelo *Centre for Addiction and Mental Health*, Toronto, Canadá. E-mail: carolzan@eerp.usp.br

¹¹¹ Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Ex-bolsista de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS (FFCLRP-USP-CNPq). Ex-estagiária do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP). E-mail: anabeatriz.dinardo@gmail.com

¹¹² Professor Associado do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). E-mail: amiasso@hotmail.com

¹¹³ Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Mestre e Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto,

Resumo

Ainda são raras as pesquisas que abordam a perspectiva dos familiares saudáveis que convivem com o transtorno alimentar (TA) de irmãos e irmãs. Este estudo de revisão da literatura tem por objetivo investigar a percepção dos irmãos sobre as dificuldades relacionadas ao comportamento alimentar do irmão/irmã afetado(a). Os resultados mostram que o ambiente familiar é impactado pelos sintomas do membro familiar e que os irmãos saudáveis também se tornam vulneráveis ao estresse, podendo apresentar sintomas indicativos de sofrimento psicológico. Por ser uma condição crônica de saúde, o TA exige reajustamento e ressignificação do relacionamento fraternal e do convívio familiar como um todo. As implicações clínicas para o tratamento são destacadas, não só no sentido de incentivar a participação dos irmãos nos cuidados, mas também de se recomendar a atenção da equipe especializada às suas demandas e necessidades, que geralmente passam despercebidas, de modo a incluir a família como unidade de tratamento.

Palavras-chave: transtornos alimentares; anorexia nervosa; bulimia; relações fraternas.

Introdução

Na contemporaneidade as perturbações do comportamento alimentar têm alcançado *status* de problema de saúde, devido as consequências deletérias que engendra, com graves repercussões individuais, familiares e sociais (Andrade, & Santos, 2009; Oliveira & Santos, 2006). Fatores como práticas alimentares inadequadas e baixo nível de atividade física são apontados como determinantes do crescimento das taxas de sobrepeso e obesidade no Brasil (Peres, Santos, & Kruschewsky, 2007; Santos, Garcia, & Liotino-Santos, 2015). No extremo oposto, a incidência de Transtornos Alimentares (TAs) tem preocupado pais, profissionais e autoridades responsáveis pela formulação de políticas públicas na área de saúde (Valdanha, Scorsolini-Comin, & Santos, 2013).

Os TAs têm sido definidos como graves alterações do comportamento alimentar. Um dos tipos de TAs mais conhecidos é a Anorexia Nervosa (AN), caracterizada por recusa da pessoa em manter seu peso corporal dentro do mínimo adequado à sua idade e altura, devido à busca incessante por um corpo magro e à grave distorção da imagem corporal, o que pode resultar em fraqueza geral e um quadro grave de desnutrição (Claudino & Borges, 2002; Santos, 2006). AN

Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS (FFCLRP-USP-CNPq). E-mail: rodrigo.sanches.peres@hotmail.com
FFCLRP-USP. Líder do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (FFCLRP-USP-CNPq). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1B. Coordenador da equipe de Psicologia do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP). Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP. E-mail: manaelmasantos@gmail.com

do Tipo Restritivo é caracterizada por significativa perda de peso decorrente da intensa restrição dos alimentos, jejum prolongado ou prática exagerada de exercícios físicos. Já na AN tipo Compulsão Alimentar, o paciente apresenta episódios de exagerada ingestão de alimentos seguida de manobras que visam compensar tal ingesta, como vômitos e/ou uso abusivo de laxantes ou diuréticos (*American Psychiatry Association*, 2013).

Outro tipo de TA que vem se tornando cada vez mais reconhecido na atualidade é a Bulimia Nervosa (BN), que se caracteriza por episódios de ingestão exagerada de alimentos, seguidos de medidas compensatórias a fim de evitar o ganho de peso (Leonidas, Crepaldi, & Santos, 2013; Rosa, & Santos, 2011).

Acredita-se que a etiopatogenia dos TAs seja multifatorial. Decorre daí a postulação do tratamento por equipe multiprofissional. O percurso das famílias até encontrar o atendimento especializado é frequentemente acidentado e repleto de percalços (Valdanha-Ornelas & Santos, 2016). O tratamento é complexo e requer um conjunto articulado de recursos de natureza distinta, tais como: aconselhamento, reeducação e reabilitação nutricional (Sicchieri, Santos, Santos, & Ribeiro, 2007), atendimento clínico e psicoterapia individual, em grupo e/ou familiar (Goulart, & Santos, 2012; Kreling, & Santos, 2005; Santos, Scorsolini-Comin, & Gazignato, 2014; Santos, Silva, Oliveira, Ribeiro, & Santos, 2005; Scorsolini-Comin, & Santos, 2012; Scorsolini-Comin, Souza, & Santos, 2010; Valdanha et al., 2014).

A ideia mais aceita atualmente é a de que a origem dos TAs é multifatorial, ou seja, existem vários aspectos que desencadeariam e manteriam os sintomas, de ordem individual, familiar e sociocultural (Oliveira & Santos, 2006). A distorção da imagem corporal é um dos aspectos mais salientes em todos os quadros psicopatológicos (Leonidas, & Santos, 2012; Oliveira-Cardoso, & Santos, 2012; Peres & Santos, 2006, 2011).

Dentre os fatores associados ao aparecimento e/ou perpetuação dos sintomas, iremos nos deter nas relações familiares, mais particularmente nas relações fraternas, aqui destacadas como parte da rede social de apoio dos(as) pacientes (Leonidas & Santos, 2013a, 2013b, 2014; Leonidas et al., 2013; Souza & Santos, 2007a; 2007b).

Transtornos alimentares e relações familiares

Estudos têm focalizado diferentes dimensões do contexto familiar, como o vínculo materno precoce (Moura, Santos, & Ribeiro, 2015) e os padrões de comunicação e relacionamento familiar (Souza, Santos, & Scorsolini-Comin, 2009; Valdanha, Scorsolini-Comin, Peres, & Santos, 2013), preconizando a necessidade de articular recursos e sistematizar o atendimento às famílias

(Souza, Moura, Nascimento, Lauand, & Santos, 2013; Souza, Santos, Moura, Campos-Brustelo, & Saviolli, 2010).

Desde a década de 1970, as famílias vêm ocupando crescente proeminência no tratamento dos TAs, possibilitando o entendimento de como o contexto familiar pode atuar como possível desencadeador, mantenedor e remissor dos transtornos (Santos, Oliveira, Moscheta, Ribeiro, & Santos, 2004). Estudos indicam que as famílias de pacientes com TAs apresentam complicações em relação às regras impostas dentro do círculo familiar, bem como às formas de cada membro lidar com essas regras (Gillet, Harper, Larson, Berret, & Hardman, 2009; Oliveira & Santos, 2006). De acordo com Kog e Vandereycken (1989), quando comparadas às famílias de indivíduos sem TAs, as famílias de pessoas diagnosticadas com AN são mais rígidas, intrusivas, e tendem a negar e evitar os conflitos existentes. Já pacientes com BN descrevem suas famílias como mais perturbadas, mal organizadas, caracterizadas por falta de afeto e de cuidados básicos.

Estudos nacionais e internacionais têm atribuído importância crescente aos aspectos familiares na AN e BN, buscando compreender também o papel das famílias no tratamento (Downsa & Blowb, 2011; Souza & Santos, 2010). A inserção dos familiares no sistema de cuidados vai ao encontro das diretrizes dos manuais de tratamento, como o da *American Psychiatric Association* (2006). Nessa direção, a literatura também tem evidenciado que o envolvimento familiar no tratamento está significativamente associado a menores taxas de abandono dos pacientes (Lock, Couturier, Bryson, & Agras, 2006), ao passo que a interrupção do tratamento está associada ao grau de estrutura familiar (Hoste, Zaitsoff, Hewell, & Le Grange, 2007) e aos antecedentes psicopatológicos familiares (van Strien, van der Ham, & van Engeland, 1992).

A incorporação dos membros da família no tratamento tem sido amplamente considerada, na tentativa de abarcar os aspectos disfuncionais das relações familiares. Nessa perspectiva, o foco é colocado no funcionamento familiar em sua totalidade, e não apenas no paciente afetado pelo TA. Como exemplo, pode-se mencionar um Projeto de Investigação e Intervenção Clínica, desenvolvido por Magalhães (2014), direcionado às mães de pacientes com Anorexia e Bulimia Nervosa. Tal projeto concedeu um espaço de fala e escuta a essas mulheres-mães, em diferentes modalidades de tratamento: individual (para tratar suas questões pessoais) e também em grupo (para investigar e intervir na dimensão vincular, especialmente no que diz respeito à relação mãe-filha).

Considerando a mobilização emocional de toda a família no contexto do adoecimento de um de seus membros, estudos indicam a importância de se dar voz às crianças e adolescentes envolvidos em tal problemática, uma vez que, ao terem a experiência de conviver com algum parente próximo com TA, vivenciam variados desafios e dificuldades de ajustamento, que gera

intenso sofrimento, como instabilidade, medo, solidão, perda e tristeza (Trondsen, 2011). Esse achado faz emergir a necessidade de maior investigação e estudo a respeito do cuidado e da atenção aos membros da família que não estão doentes, na tentativa de acolher e oferecer suporte a todos.

Apesar de ser reconhecida a relevância do papel desempenhado pelos cuidadores familiares na vida das pessoas diagnosticadas com TAs, eles têm recebido pouca atenção em pesquisas, o que levou alguns pesquisadores a investigarem de que maneira os eventos estressores (tanto aflições referentes aos cuidados oferecidos ao paciente, como também as dificuldades emocionais de lidar com o problema) influenciam os cuidados e o funcionamento familiar nos TAs (Dimitropoulos, Carter, Schachter, & Woodside, 2008).

Dinâmica dos relacionamentos fraternos

Já é bem reconhecida, pela Psicologia, a importância dos irmãos na estruturação do psiquismo do indivíduo e na compreensão das experiências ao longo da vida (Muniz & Féres-Carneiro, 2012). Estudo mostrou que a influência das relações fraternas tanto pode ser considerada como positiva quanto negativa pelas pacientes com TAs (Honey, Clarke, Halse, Kohn, & Maddend, 2006).

Pesquisa evidencia que os irmãos de pessoas diagnosticadas com TAs constituem um grupo frequentemente esquecido e até mesmo negligenciado em tal contexto (Vandereycken & Van Vreckem, 1992). A partir de uma revisão de literatura, foi possível perceber que doenças crônicas infantis podem causar, nos irmãos saudáveis, impactos negativos para o desenvolvimento emocional, comportamental e educacional, mas também positivos, como crescimento pessoal e aumento da empatia (Sharpe & Rossiter, 2002). Além disso, considerando, também, o contexto biológico, a relação entre irmãos pode contribuir para o suporte emocional necessário no enfrentamento de situações de risco (Benetti, 2012).

Ainda no contexto da saúde mental, segundo Sjöblom, Hellzén e Lilja (2013), estudos têm evidenciado que a qualidade da relação entre irmãos tem impacto significativo para a qualidade geral de vida do irmão com TA. Relacionamentos entre irmãos podem ser particularmente importantes porque os adultos com transtornos mentais graves tendem a ter poucos filhos. Na medida em que os pais envelhecem, espera-se que os filhos adultos se responsabilizem por continuar dando apoio ao irmão acometido pelo transtorno, quando seus pais já não se mostram mais capazes de fazê-lo. Sabe-se, por exemplo, que a relação entre irmãos tem

potencial de ser um dos vínculos mais importantes para os adultos com diagnóstico de esquizofrenia.

Sjöblom et al. (2013) realizaram um estudo de caso único, analisando as experiências e necessidades da irmã de um paciente com transtorno mental grave e sua relação com a assistência psiquiátrica formal. Os dados foram coletados por meio de quatro entrevistas, sendo que emergiram três temas principais: (1) tempo de contato do irmão com a assistência psiquiátrica formal; (2) sentimentos e emoções fraternos despertados pelo convívio com o transtorno psiquiátrico do irmão, e (3) as percepções da irmã sobre seu contato com o atendimento psiquiátrico do irmão. Os resultados indicaram que a irmã experimentava emoções intensas e sentimentos conflituosos suscitados pela convivência cotidiana com os problemas mentais do irmão. Em decorrência disso, também sentia necessidade de receber atenção, apoio e compreensão dos cuidadores formais (profissionais de saúde mental). A participação no estudo foi uma das primeiras oportunidades que ela encontrou para falar abertamente sobre sua relação com o tratamento psiquiátrico formal do irmão doente. Os autores concluíram que a possibilidade de dialogar com a equipe de saúde pode ajudar os irmãos a gerenciarem as situações problemáticas que surgem no convívio com a pessoa com graves transtornos mentais.

A partir das evidências acumuladas, percebe-se que o esforço de incluir a família – e, particularmente, os irmãos não afetados pelo transtorno do comportamento alimentar – no tratamento multidisciplinar pode ser valioso por fornecer um espaço de fala e escuta, no qual tanto o familiar como o paciente possam se sentir acolhidos e apoiados em suas necessidades emocionais (Valdanha, Scorsolini-Comin, Peres, & Santos, 2013). Isso permitiria a elaboração de novas intervenções, facilitadoras de maior envolvimento da família no decorrer do tratamento dos TAs, além de propiciar o fortalecimento dos vínculos e potencializar as habilidades de cuidado dentro do próprio núcleo familiar.

Considerações finais

Frente aos achados da literatura, considera-se que entender como os irmãos percebem o transtorno do comportamento alimentar pode ser uma etapa preliminar para se investigar e analisar a dinâmica e o funcionamento da relação fraterna no contexto dos TAs, perscrutando suas possíveis consequências para o desenvolvimento e manutenção dos sintomas. Isso possibilitaria ativar reflexões para que se desenvolvessem novas práticas e intervenções focadas no aperfeiçoamento de estratégias de comunicação intrafamiliar. Essas ações de saúde poderiam ser incorporadas no tratamento multidisciplinar oferecido, na medida em que acolher e dar voz a todos os membros da família – e não apenas à pessoa acometida – pode incentivar

conversas sobre como o sistema familiar está se posicionando e sendo posicionado no tratamento, como os demais familiares entendem seu papel na definição dos rumos do tratamento e de quais recursos dispõem para se engajarem no processo de recuperação da saúde do membro vulnerável (Souza et al., 2013).

Desse modo, pode-se afirmar que abordar a percepção dos familiares dos(as) pacientes com TAs – e, mais especificamente, dos irmãos e irmãs saudáveis – e examinar atentamente suas emoções, sentimentos, valores, atitudes e crenças acerca do transtorno, possibilita compreender a perspectiva da família e assimilá-la ao plano terapêutico da pessoa vulnerável. Além disso, a literatura sugere que o sistema familiar como um todo encontra-se vulnerabilizado e suscetível à sobrecarga de estresse, o que requer dos profissionais de saúde o desenvolvimento de novas práticas e estratégias de tratamento sustentada na família como unidade de cuidado.

Em outras palavras, a equipe de saúde necessita aprimorar sua compreensão acerca das necessidades dos familiares das pessoas acometidas pelos sintomas de TAs, especialmente dos irmãos e irmãs saudáveis. Uma das barreiras a ser desafiada é o fato de que eles(as) não frequentam o serviço de saúde, estando, teoricamente, fora do alcance das intervenções propostas, que incidem de forma mais direta nos pacientes e acompanhantes (geralmente, mães, pais e parceiros afetivos). Além disso, visto pelo vértice dos profissionais especialistas no atendimento dos TAs, o grande desafio talvez resida justamente em tornar o serviço de saúde mais convidativo e atraente para os demais familiares, para que eles possam se sentir encorajados a entrar em contato com os sentimentos dolorosos desvelados gradualmente durante a evolução do tratamento.

Concluindo, os responsáveis pela assistência aos pacientes com TAs necessitam estar permeáveis e sensíveis às demandas das famílias. Desse modo, abrir o serviço para incorporar a presença das pessoas significativas da rede pessoal das mulheres e homens acometidos pelo problema poderá oxigenar e revitalizar o cenário terapêutico.

Referências

American Psychiatric Association [APA] (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. Retrieved from <http://www.psych.org>

American Psychiatry Association [APA] (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

- Andrade, T. F., & Santos, M. A. (2009). A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 12(3), 454-468.
- Benetti, I. C. (2012). Recensão da obra "Sibling development: implications for mental health practitioners". *Psicologia em Estudo* (Maringá), 17(4), 731-732.
- Claudino, A. M., & Borges, M. B. F. (2002). Critérios diagnósticos para os transtornos alimentares: conceitos em evolução. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 7-12.
- Dimitropoulos, G., Carter, J., Schachter, R., Woodside, B. (2008). Predictors of family functioning carers of individuals with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41(8), 739-747.
- Downsa, K. J., & Blowb, A. J. (2011). A substantive and methodological review of family-based treatment for eating disorders: the last 25 years of research. *Journal of Family Therapy*, 34(2), 1-26. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00566.x>
- Gillet, K.S., Harper, J. M., Larson, J. H., Berret, M. E., & Hardman, R. K. (2009). Implicit family process rules in eating-disordered and non-eating-disordered families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2), 159-174.
- Goulart, D. M., & Santos, M. A. (2012). Corpo e palavra: grupo terapêutico para pessoas com transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 17(4), 607-617.
- Honey, A., Clarke, S., Halse, C., Kohn, M., & Maddend, S. (2006). The influence of siblings on the experience of anorexia nervosa for adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 14(5), 315-322.
- Hoste, R. R., Zaitsoff, S., Hewelll, K., & Le Grange, D. (2007). What can dropouts teach us about retention in eating disorder treatment studies? *International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 668-671.
- Kreling, D. B., & Santos, M. A. (2005). Anorexia nervosa: Um relato de atendimento clínico realizado em contexto multidisciplinar. In M. A. Santos, C. P. Simon & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: processos clínicos* (pp. 143-161). São Paulo: Vetor.

Leonidas, C., & Santos, M. A. (2012). Imagem corporal e hábitos alimentares na anorexia nervosa: Uma revisão integrativa da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 550-558.

Leonidas, C., & Santos, M. A. (2013a). Redes sociais significativas de mulheres com transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(3), 561-571.

Leonidas, C., & Santos, M. A. S. (2013b). Instrumentos de avaliação da imagem corporal e dos hábitos alimentares na anorexia nervosa: Análise da produção científica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(4), 868-883.

Leonidas, C., & Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 10, 915-927. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S60735>

Leonidas, C., & Santos, M. A. (2015). Family relations in eating disorders: the Genogram as instrument of assessment. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1435-1447.

Leonidas, C., Crepaldi, M. A., & Santos, M. A. (2013). Bulimia nervosa: uma articulação entre aspectos emocionais e rede de apoio social. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(2), 62-75.

Lock, J. Couturier, J., Bryson, S., & Agras, S. (2006). Predictors of dropout and remission in family therapy for adolescent anorexia nervosa in a randomized clinical trial. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 668-671.

Magalhães, R. G. (2014). A presença e a clínica de mães: considerações preliminares a partir do atendimento no projeto de investigação e intervenção da clínica das anorexias e bulimias. *Anais do VI Congresso Internacional de Psicopatologia Fundamental*. Belo Horizonte, MG. Disponível em:

<http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/Anais%20Congresso%202014/Mesas%20Redondas/70.3.pdf>

Morgan, C. M., Vecchiatti, I. R., & Negrão, A. B. (2002). Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(3), 18-23.

Moura, F. E. G. A., Santos, M. A., & Ribeiro, R. P. (2015). A constituição do vínculo mãe-filha e sua relação com os transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 32(2), 233-247.

Muniz, A. A. M. & Féres-Carneiro, T. (2012). Função fraterna: reflexões a partir do filme *Príncipe das Marés*. *Psicologia em Revista*, 18(1), 41-56.

Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: a ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 353-360.

Oliveira-Cardoso, E. A., & Santos, M. A. (2012). Avaliação psicológica de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: Indicadores do método de Rorschach. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(1), 159-174. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922012000100011>

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2006). Contribuições do Desenho da Figura Humana para a avaliação da imagem corporal na anorexia nervosa. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 361-370.

Peres, R. S., & Santos, M. A. (2011). Técnicas projetivas na avaliação de aspectos psicopatológicos da anorexia e bulimia. *PsicoUSF*, 16(2), 185-192.

Peres, R. S., Santos, M. A., & Kruschewsky, M. S. L. B. (2007). Imagem corporal em obesos mórbidos antes e depois de uma intervenção multidisciplinar. *Psychologica*, 44, 467-88.

Rosa, B. P., & Santos, M. A. (2011). Comorbidade entre bulimia nervosa e transtorno de personalidade borderline: Implicações para o tratamento. *Revista de Psicopatologia Fundamental*, 14(2), 268-282.

Santos, M. A. (2006). Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 386-402.

Santos, M. A., Garcia, R. W. D., & Liotino-Santos, M. (2015). A sujeição aos padrões corporais culturalmente construídos em mulheres de baixa renda. *Demetra*, 10(4), 761-774.

Santos, M. A., Scorsolini-Comin, F., & Gazignato, E. C. S. (2014). Aconselhamento em saúde: fatores terapêuticos em grupo de apoio psicológico para transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 31(3), 393-403.

Santos, M. A., Oliveira, E. A., Moscheta, M. S., Ribeiro, R. P. P., & Santos, J. E. (2004). Mulheres plenas de vazio: os aspectos familiares da anorexia nervosa. *Vínculo*, 1(1), 46-51.

Santos, M. A., Silva, L. M., Oliveira, E. A., Ribeiro, R. P. P., & Santos, J. E. (2005). Psicoterapia de apoio como instrumento auxiliar de atendimento a pacientes com anorexia nervosa. In M. A. Santos, C. P. Simon & L. L. Melo-Silva (Orgs.), *Formação em Psicologia: processos clínicos* (pp. 333-350). São Paulo: Vetor.

Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2012). Psicoterapia como estratégia de tratamento dos transtornos alimentares: análise crítica do conhecimento produzido. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 29(Suplemento), 851-863.

Scorsolini-Comin, F., Souza, L. V. E., & Santos, M. A. (2010). A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 27(4), 467-478.

Sjöblom, L., Hellzén, O., & Lilja, L. (2013). "I screamed for help": a single case study of one sister's experiences with formal psychiatric care when her brother became mentally ill. *Health*, 5(3), 417-425.

Sharpe, D., & Rossiter, L. (2002). Siblings of children with a chronic illness: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(8), 699-710.

Sicchieri, J. M. F., Santos, M. A., Santos, J. E., & Ribeiro, R. P. P. (2007). Avaliação nutricional de portadores de transtornos alimentares: Resultados após a alta hospitalar. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 6(1), 68-75.

Souza, L. V., & Santos, M. A. (2007a). A família e os transtornos alimentares. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 403-409.

- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2007b). *Anorexia e bulimia: Conversando com as famílias*. São Paulo: Vetor.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2009). A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 317-326.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2010). A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 15(2), 285-294. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722010000200007>
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2013a). Proximidade afetiva no relacionamento profissional-paciente no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 18(3), 395-405.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2013b). Quem é o especialista? Lugares ocupados por profissionais e pacientes no tratamento dos transtornos alimentares. *Estudos de Psicologia* (Natal), 18(2), 259-267.
- Souza, L. V. & Santos, M. A. (2014). Transtorno alimentar e construção de si no relacionamento profissional-usuário. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 506-516.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2015). Histórias de sucesso de profissionais da saúde no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 528-542.
- Souza, L. V., Santos, M. A., & Scorsolini-Comin, F. (2009). Percepções da família sobre a anorexia e bulimia nervosa. *Vínculo: Revista do NESME*, 6(1), 26-38.
- Souza, L. V., Moura, F. E. G. A., Nascimento, P. C. B. D., Lauand, C. B. A., & Santos, M. A. (2013). O atendimento à família no tratamento dos transtornos alimentares: um relato de experiência. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 22(45), 37-50.
- Souza, L. V., Santos, M. A., Moura, F. E. G. D. A., Campos-Brustelo, T. N., & Saviolli, C. M. G. (2010). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio multifamiliar no tratamento da anorexia e bulimia. *Revista da SPAGESP*, 11(2), 41-50.

Trondsen, M. V. (2011). Living with a mentally ill parent. *Qualitative Health Research*, 2(22), 174-188.

Valdanha, E. D., Oliveira-Cardoso, E. A. D., Ribeiro, R. P. P., Miaso, A. I., Pilon, S. C., & Santos, M. A. (2014). A arte de nutrir vínculos: psicoterapia de grupo nos transtornos alimentares. *Revista da SPAGESP*, 15(2), 94-108.

Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013). Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 71-88.

Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2013). Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), 225-233.

Valdanha-Ornelas, E. D., & Santos, M. A. (2016). O percurso e seus percalços: Itinerário terapêutico nos transtornos alimentares. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(1), 169-179.

Vandereycken, W., & Van Vreckem, E. (1992). Siblings of patients with an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 12(3), 273-280.

van Strien, D. C., van der Ham, T., & van Engeland, H. (1992). Dropout characteristics in a follow-up study of 90 eating-disordered patients. *International Journal of Eating Disorders*, 12(3), 341-343.

TRANSTORNOS ALIMENTARES NA INFÂNCIA: MUDANÇAS NA CLASSIFICAÇÃO DIAGNÓSTICA INTRODUZIDAS PELO MANUAL DIAGNÓSTICO E ESTATÍSTICO DOS TRANSTORNOS MENTAIS – 5ª EDIÇÃO (DSM-5)¹¹⁴

Manoel Antônio dos Santos¹¹⁵

Élide Dezoti Valdanha-Ornelas¹¹⁶

Rosane Pilot Pessa Ribeiro¹¹⁷

Érika Arantes de Oliveira-Cardoso¹¹⁸

Adriana Inocenti Miasso¹¹⁹

Jacqueline de Souza¹²⁰

Kelly Graziani Giacchero Vedana¹²¹

Sandra Cristina Pillon¹²²

¹¹⁴ Universidade de São Paulo, USP-RP-Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS
Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares - GRATA

¹¹⁵ Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Psicólogo, Mestre e Doutor pelo Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Livre-docente pela FFCLRP-USP. Líder do Laboratório de
Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (FFCLRP-USP-CNPq). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do
CNPq nível 1B. Coordenador da equipe de Psicologia do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do
Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA-HC-
FMRP-USP). Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP. E-mail: manodelmasantos@gmail.com

¹¹⁶ Psicóloga, Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Bolsista de Doutorado da
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo número 2014/18615-4.
Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS (FFCLRP-USP-CNPq).
Psicoterapeuta e supervisora do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas
da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP). E-mail:
elide_dezoti@hotmail.com

¹¹⁷ Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Vice-coordenadora do Grupo de Assistência
em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP). E-mail: rribeiro@eerp.usp.br

¹¹⁸ Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal
de Psicologia. Psicóloga do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP. Membro do Laboratório de Ensino
e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS (FFCLRP-USP-CNPq). Coordenador da equipe de Psicologia do
Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP). E-mail: erikaa@ffclrp.usp.br

¹¹⁹ Professor Associado do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em
Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). E-mail:
amiasso@hotmail.com

¹²⁰ Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado pelo *Centre for
Addiction and Mental Health*, Toronto, Canadá. E-mail: jacsouza2003@gmail.com

¹²¹ Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela
EERP-USP. E-mail: kelly.giacchero@gmail.com

¹²² Enfermeira, Mestre e Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo
(UNIFESP). Professora Titular do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de

Resumo

Este estudo tem por objetivo descrever os transtornos alimentares na infância, a partir das transformações ocorridas na classificação diagnóstica dos transtornos do comportamento alimentar após a introdução, em 2013, da quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5). Como principais alterações do novo sistema classificatório destacamos o agrupamento dos quadros psicopatológicos descritos na versão anterior (DSM-IV-TR), que foram designados sob a mesma categoria diagnóstica: “Transtornos alimentares”. Também foi incluída uma nova categoria: “Transtorno de compulsão alimentar”. Os aspectos etiopatológicos e o papel da família no curso do tratamento são abordados e as implicações para a clínica são discutidas.

Palavras-chave: transtornos alimentares; classificação diagnóstica; infância; adolescência.

Os Transtornos Alimentares (TAs) são quadros psicopatológicos que surgem, principalmente, na infância ou no marco temporal da adolescência (Appolinário & Claudino, 2000) e que adquiriram proeminência no cenário contemporâneo. O Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais, em sua quarta edição revisada (DSM-IV-TR), descrevia os transtornos da alimentação – as psicopatologias relacionadas ao comportamento alimentar – em duas partes (*American Psychiatry Association*, 2002).

O primeiro bloco estava incluso no item “Transtornos geralmente diagnosticados pela primeira vez na infância e na adolescência”, e era denominado de “Transtornos da alimentação da primeira infância”. Faziam parte desse primeiro bloco: “Pica”, “Transtorno de ruminação” e “Transtorno da alimentação da primeira infância”. O segundo bloco era reservado aos “Transtornos da alimentação”, no qual estavam inclusos os tipos mais conhecidos dessa categoria diagnóstica: a “Anorexia nervosa” e a “Bulimia nervosa”, além dos “Transtornos da alimentação sem outra especificação” (*American Psychiatry Association*, 2002).

Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado pela Universidade de Alberta, Canadá. E-mail: pillon@eerp.usp.br

¹²³ Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. E-mail: carolzan@eerp.usp.br

¹²⁴ Psicólogo, mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS (FFCLRP-USP-CNPq). E-mail: pedernesto@gmail.com

A mais recente revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais – o DSM-5 (*American Psychiatry Association*, 2013) não faz essa distinção entre os dois blocos, e agrupa as psicopatologias mencionadas sob a mesma categoria: “Transtornos alimentares”, além de incluir uma nova categoria diagnóstica: “Transtorno de compulsão alimentar”. O “Transtorno da alimentação da primeira infância” teve seu nome modificado para “Transtorno alimentar restritivo/evitativo”, com o objetivo de ampliar essa categoria diagnóstica.

Essa distinção inicial foi delineada para um melhor entendimento do leitor sobre as psicopatologias que serão abordadas no presente artigo, lembrando que a principal diferença entre os blocos é que os primeiros se iniciam na infância, enquanto que os transtornos do segundo bloco eclodem, primordialmente, na adolescência. Deve-se, contudo, observar que esses transtornos não são exclusivos da infância ou da adolescência, pois podem emergir em qualquer etapa do ciclo vital, porém são mais facilmente encontrados nos períodos destacados.

O transtorno denominado “Pica” é caracterizado pela ingestão, pela criança, de substâncias que não são consideradas alimentos, tais como: pedras, terra, tinta, cabelo, tecidos, fezes de animais, insetos, entre outros, pelo período mínimo de um mês. Normalmente, nesse quadro não há aversão a alimentos comuns. Deve-se considerar a idade da criança e a persistência do comportamento para avaliar a seriedade do caso (*American Psychiatry Association*, 2013).

O “Transtorno de ruminação” tem como sintoma principal a repetida regurgitação e remastigação de alimentos, também pelo período mínimo de um mês (*American Psychiatry Association*, 2013). O “Transtorno alimentar evitativo/restritivo” consiste em perturbação significativa no ato de comer ou mamar (como, por exemplo, falta de interesse na alimentação), que pode ocasionar deficiência nutricional e interferência no funcionamento psicossocial, pelo período mínimo de um mês (*American Psychiatry Association*, 2013).

Destaca-se que, para todos os transtornos descritos, deve-se prestar atenção à idade da criança, e se o sintoma não se enquadra como um possível comportamento normal em seu nível de desenvolvimento. Por exemplo, pode ser considerado normal para uma criança de um ano ingerir tinta. Porém, é menos comum observar uma criança de oito ou nove anos comendo tinta, devido ao seu nível de maturidade, que lhe permite discernir que esse material, além de não ser comestível, pode ter efeito tóxico. Além disso, acrescenta-se que comer tinta uma ou duas vezes não sugere uma doença. É preciso observar a continuidade e/ou repetição do comportamento.

Realizada a observação e percepção de comportamentos bizarros em relação à alimentação da criança, é obrigatória a avaliação de um médico especializado em aspectos nutricionais, como um nutrólogo ou gastroenterologista, que possa analisar se os sintomas são decorrentes de algum problema orgânico, ou seja, se a criança tem alguma doença que justifique a regurgitação, ou então a evitação do alimento. Se não forem encontradas causas biológicas para o comportamento

alimentar inadequado, deve-se procurar, com urgência, a ajuda de profissionais, como o psicólogo e o psiquiatra, especialistas na área para uma avaliação específica.

Esses transtornos acometem, na maioria dos casos, crianças em idade pré-verbal, ou então indivíduos diagnosticados com deficiência intelectual (*American Psychiatry Association*, 2013). Assim, a família tem papel essencial na descoberta do diagnóstico, pois é ela quem observa os sintomas e então pode relatá-los ao profissional que atende a criança.

Deve-se destacar que os sintomas de Transtornos da alimentação sugerem fortemente dificuldades emocionais que devem ser cuidadas adequadamente por equipe multiprofissional. Nesse sentido, também é necessário que a família procure apoio psicológico como maneira de compreender como suas ações podem influenciar os sintomas da criança e, assim, o grupo familiar pode articular novas maneiras de ser e agir frente à criança que se encontra em situação de sofrimento mental.

Os transtornos de ruminação, pica e restritivo/evitativo não estão associados à distorção da imagem corporal ou ao medo de engordar, como é visto na Anorexia Nervosa e na Bulimia Nervosa (Lask & Bryant-Waugh, 2000). Anorexia e Bulimia são os TAs mais comumente encontrados na adolescência, período de intensas mudanças corporais, psicológicas e familiares, que expõem o indivíduo à vulnerabilidade psicossocial (Souza & Santos, 2009). Esses transtornos são pouco diagnosticados em crianças, porém já são relatados casos de síndromes parciais na infância, ou seja, a existência de traços de anorexia e bulimia em pré-púberes.

Os TAs têm etiologia multifatorial, ou seja, são múltiplas as causas que desencadeiam os sintomas e os mantêm (Valdanha, Scorsolini-Comin, & Santos, 2013). Os principais fatores associados à manifestação desses transtornos são: meio sociocultural (propagação da magreza como símbolo de beleza e sucesso, em detrimento da gordura, que passa a ser socialmente rechaçada), aspectos de personalidade (insatisfação com o próprio corpo, autoestima rebaixada, fragilidade das defesas emocionais, imaturidade psicoafetiva) e dinâmica familiar (relações conturbadas, dificuldade dos membros no estabelecimento de limites e fronteiras individuais) (Chan & Ma, 2004; Oliveira & Santos, 2006).

Anorexia Nervosa é caracterizada por uma persistente recusa em manter o peso dentro da faixa mínima considerada saudável para idade e altura, além de temor intenso de ganhar peso – mesmo que o peso esteja abaixo do normal – e distorção da imagem corporal (*American Psychiatry Association*, 2013).

Bulimia Nervosa consiste em crises bulímicas recorrentes, sendo que a crise é composta por um momento de compulsão alimentar (no qual ocorre grande ingestão de alimentos calóricos, em curto período de tempo), permeada por sentimentos de descontrole, seguida por momento de

comportamento compensatório inadequado, como uso de laxante ou diurético, autoindução de vômito, ou prática excessiva de atividade física (*American Psychiatry Association*, 2013).

Em ambos os quadros, Anorexia e Bulimina, nota-se que a pessoa acometida se preocupa demasiadamente com o corpo e a alimentação, deixando de lado outras esferas importantes de sua vida, tais como relacionamentos amorosos e de amizade, e atividades de estudo ou trabalho. Assim, como se observa nos Transtornos alimentares relacionados à infância, a Anorexia e Bulimia Nervosas também afetam e são influenciadas pelos relacionamentos familiares.

Estudos recentes apontam que comentários negativos e persistentes de familiares (pais, mães e irmãos) dirigidos a uma criança ou adolescente em relação ao seu peso, podem influenciar o surgimento de preocupações extremas e insatisfação corporal, que são sintomas de Anorexia ou Bulimia Nervosas (Cooley, Toray, Wang, & Valdez, 2007; Francis & Birch, 2005; Hanna & Bond, 2006; Honey, Clarke, Halse, Kohn, & Madden, 2006; Keery, Boutelle, & Thompson, 2005). Esse tipo de conduta, aparentemente inofensiva, se combinado com outros fatores de risco pode potencializar um possível TA.

Nesse sentido, é necessário refletir sobre o papel dos familiares no desenvolvimento, mas principalmente na prevenção de um transtorno do comportamento alimentar em crianças ou adolescentes. A família influencia intensamente no desenvolvimento da autoestima do jovem, que é base da formação de sua identidade psicológica e social. Por isso, o ambiente familiar pode ser prejudicial quando se preocupa demasiadamente com a forma e o peso corporal da criança ou adolescente, em vez de se importar com sua saúde ou bem-estar psicológico. O foco dos pais deve ser em como manter hábitos saudáveis dentro do lar, considerando a alimentação equilibrada e a prática regular de atividades físicas, buscando promover uma atmosfera de satisfação e autoaceitação nas relações entre seus membros.

Considerando que os TAs dos dois grupos etários apresentados (infância e adolescência) têm etiologia multifatorial e acarretam importante repercussão na saúde física e emocional do indivíduo acometido, sugere-se que o plano de tratamento dessas psicopatologias seja planejado e executado, sempre que possível, por uma equipe multiprofissional, composta por médicos, psicólogos e nutricionistas.

É necessário desenvolver estratégias de cuidado que abordem o paciente e contemplem também as necessidades dos familiares (Valdanha, Scorsolini-Comin, Peres, & Santos, 2013). Considerando que crianças e adolescentes encontram-se em etapas iniciais do desenvolvimento, qualquer proposta assistencial deve incluir necessariamente a família como componente essencial do tratamento, abrindo a oportunidade de novos arranjos dinâmicos e a possibilidade de novas leituras do sintoma alimentar. A rede social também deve ser considerada e fortalecida, haja vista

a importância que tem sido atribuída ao apoio social para a reabilitação dos pacientes e suporte aos familiares (Leonidas & Santos, 2014).

Referências

- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV-TR* (3th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-5* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Appolinário J. C., & Claudino, A. M. (2000). Transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(2), 28-31.
- Chan, Z. C. Y. & Ma, J. L. C. (2004). Aetiology of anorexia nervosa in Hong Kong: A social work qualitative inquiry. *Child and Family Social Work*, 9(2), 177-186.
- Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C., & Valdez, N. N. (2007). Maternal effects on daughter's eating pathology and body image. *Eating Behaviors*, 9(1), 52-61.
- Francis, L. A., & Birch L. L. (2005). Maternal influences on daughter's restrained eating behavior. *Health Psychology*, 24(6), 548-554.
- Hanna, A. C., & Bond, M. J. (2006). Relationships between family conflict, perceived maternal verbal messages, and daughters' disturbed eating symptomatology. *Appetite*, 47(2), 205-211.
- Honey, A., Clarke, S., Halse, C, Kohn, M & Madden, S. (2006). The influence of siblings on the experience of anorexia nervosa of adolescent girls. *European Eating Disorders Review*, 14, 315-322.
- Keery, H., Boutelle, K., Berg, P., van den, & Thompson, J. K. (2005). The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health*, 37, 120-127.
- Lask, B., & Bryant-Waugh, R. (2000). *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. United Kingdom: Routledge.
- Leonidas, C. & Santos, M. A. (2014). Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, 10, 915-927. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/NDT.S60735>
- Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2006). Perfil psicológico de pacientes com anorexia e bulimia nervosas: A ótica do psicodiagnóstico. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 39(3), 353-360.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2009). A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 317-326.
- Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2013). Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 16(1), 71-88.

Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2013). Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), 225-233.

A INFLUÊNCIA DO CONTEXTO SOCIOCULTURAL NAS MANIFESTAÇÕES DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES

Manoel Antônio dos Santos¹

Lilian Regiane de Souza Costa²

Érika Arantes de Oliveira-Cardoso³

Rosane Pilot Pessa Ribeiro⁴

Sandra Cristina Pillon⁵

Jacqueline de Souza⁶

Kelly Graziani Giaccheri Vedana⁷

Ana Carolina Guidorizzi Zanetti⁸

Mayara Colleti⁹

Janaína de Fátima Vidotti¹⁰

Rodrigo Sanches Peres¹¹

Pedro Ernesto Rodrigues Maçaranduba¹²

Adriana Inocenti Miasso¹³

Universidade de São Paulo, USP-RP

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS

Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares - GRATA

¹ Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Psicólogo, Mestre e Doutor pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Livre-docente pela FFCLRP-USP. Líder do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (FFCLRP-USP-CNPq). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1B. Coordenador da equipe de Psicologia do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP). Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP. E-mail: manaelmasantos@gmail.com

² Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Ex-bolsista de Mestrado da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo número 2012/15277-5. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS (FFCLRP-USP-CNPq). Psicoterapeuta e supervisora do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP). E-mail: liliancostapsico@gmail.com

³ Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia. Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Conselho Federal de Psicologia. Psicóloga do Departamento de Psicologia da FFCLRP-USP. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS (FFCLRP-USP-CNPq). Coordenadora da equipe de Psicologia do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP). E-mail: erikaaao@ffclrp.usp.br

⁴ Professor Associado do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Nutricionista, vice-coordenadora do Grupo de Assistência em Transtornos Alimentares do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (GRATA-HC-FMRP-USP). E-mail: rribeiro@eerp.usp.br

⁵ Enfermeira, Mestre e Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Professora Titular do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado pela Universidade de Alberta, Canadá. E-mail: pillon@eerp.usp.br

⁶ Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado pelo *Centre for Addiction and Mental Health*, Toronto, Canadá. E-mail: jacsouza2003@gmail.com

⁷ Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela EERP-USP. E-mail: kelly.giaccherio@gmail.com

⁸ Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Pós-Doutorado pelo *Centre for Addiction and Mental Health*, Toronto, Canadá. E-mail: carolzan@eerp.usp.br

⁹ Mestranda em Psicologia em Saúde e Desenvolvimento pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Mestrado da FAPESP, processo nº 2015/02166-9. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. E-mail: mayaracolleti@usp.com.br

¹⁰ Mestranda em Psicologia em Saúde e Desenvolvimento pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Mestrado da FAPESP, processo nº 2015/04445-2. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-FFCLRP-USP-CNPq. E-mail: janavidotti@gmail.com

¹¹ Professor Adjunto do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia (UFU). Mestre e Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Pós-Doutorado pela Universidade de Lisboa, Portugal. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde - LEPPS (FFCLRP-USP-CNPq). E-mail: rodrigo.sanches.peres@hotmail.com

¹² Psicólogo, mestrando pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP. Membro do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS (FFCLRP-USP-CNPq). E-mail: pedernesto@gmail.com

¹³ Professor Associado do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). Enfermeira, Mestre e Doutora pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). E-mail: amiasso@hotmail.com

Resumo

Este estudo teve por objetivo refletir sobre a influência do contexto sociocultural no comportamento alimentar, mais especificamente nas manifestações dos transtornos alimentares, que caracterizam quadros psicopatológicos distintos. Apesar dos valores culturais relacionados à imagem corporal ideal impactarem indivíduos de ambos os sexos, o modo como a mulher é afetada pelas exigências sociais de beleza é muito mais intenso. Ademais, a despeito de todos compartilharem o mesmo ambiente sociocultural, homens e mulheres são afetados de modo diferente por esses ideais de beleza difundidos culturalmente. Compreender as dimensões envolvidas nessas diferenças, produzidas de acordo com o gênero, é um desafio premente para os profissionais de saúde.

Palavras-chave: Transtornos alimentares; imagem corporal; contexto sociocultural; gênero.

Introdução

As descrições de hábitos alimentares inusitados e os registros de certas excentricidades que permeiam a relação das pessoas com o alimento são observadas e investigadas há séculos, porém aquilo que nas últimas décadas se convencionou classificar como sintomatologia compatível com quadros clínicos genericamente denominados de Transtornos Alimentares (TAs) só começou a ganhar maior destaque recentemente, com a atenção dada à problemática. O

cortejo de sintomas que podem ser objetivamente observados e capturados em categorias diagnósticas permite que se organize uma semiologia e uma clínica dos TAs.

Na clínica psicológica contemporânea evidencia-se o aumento da incidência de queixas associadas à insatisfação com a imagem corporal, e algumas vezes essas manifestações estão associadas com a apresentação de quadros psicopatológicos descritos como TAs (Gaspar, 2005; Smink, Van Hoeken & Hoek, 2013). Considerando essas premissas, o presente estudo teve por objetivo refletir sobre a influência do contexto sociocultural no comportamento alimentar, mais especificamente nas manifestações dos transtornos alimentares, que caracterizam quadros psicopatológicos distintos.

Comportamento alimentar e os problemas da alimentação

Para Winnicott (1936/2000), os problemas da alimentação merecem grande atenção dos profissionais da saúde porque, independentemente de ser saudável ou não, o indivíduo pode ter sua alimentação prejudicada diante de alterações ambientais, que interferem no modo como ele se alimenta. Além disso, não somente nos quadros de TAs é possível observar alterações severas no comportamento alimentar. De acordo com Winnicott, em qualquer psicopatologia pode-se perceber alguma modificação na conduta alimentar do indivíduo, desde os quadros depressivos até as psicoses mais graves.

Dentre as perguntas mais frequentes que o profissional de saúde está habituado a ouvir dos familiares das pessoas acometidas pelos TAs ou dos indivíduos que estão simplesmente interessados pelo tema, encontra-se a dúvida sobre qual seria a origem dos sintomas alimentares. Os estudiosos da área indicam que não existe uma única causa, mas sim variados fatores que combinam entre si e que influenciam o desenvolvimento e também a manutenção desses transtornos (Borges, Sicchieri, Ribeiro, Marchini, & Santos, 2006). Dentre os fatores mais indicados como propulsores dos TAs está a exarcebação do ideal de magreza como um dos valores culturais valorizados no presente, o cultivo de certo padrão de beleza e a disseminação de crenças prevalentes que associam beleza à magreza extrema (Oliveira & Hutz, 2010; Valdanha, Scorsolini-Comin, & Santos, 2013).

Apesar de todos compartilharem o mesmo ambiente sociocultural, homens e mulheres são afetados de modo diferente por esses ideais de beleza difundidos culturalmente. Do homem espera-se que tenha um corpo musculoso e torneado, enquanto que da mulher se tem uma expectativa de que ela tenha um corpo extremamente magro e que se mantenha eternamente jovem, como se fosse possível ignorar a ação do tempo que incide sobre todos os seres vivos.

Apesar das diferenças marcantes, tanto no homem quanto na mulher percebe-se que aumenta a exigência social de que cultivem hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação regrada e balanceada, atividade física regular e uma vida com um mínimo de estresse funcional. Hoje as prescrições de hábitos e comportamentos que devem ser adotados para que a população alcance uma boa saúde são largamente difundidas pelas mídias, redes sociais, escolas e serviços de saúde. Em contrapartida, na sociedade industrializada e consumista em que vivemos, aumenta a disponibilidade de produtos alimentares hipercalóricos, de rápido preparo e fácil acesso, aos quais somos todos expostos diariamente; as facilidades tecnológicas nos convidam ao sedentarismo e a violência generalizada nos confina cada vez mais ao ambiente doméstico, o que dificulta o cumprimento dos cuidados prescritos com a regularidade que se espera. Com isso, torna-se cada vez mais distante alcançar as metas exigidas para quem deseja perseguir o corpo tão desejado, ao passo que as pessoas tendem a ficar cada vez mais insatisfeitas e em desarmonia com sua própria imagem corporal.

Apesar dos valores culturais relacionados à imagem do corpo ideal impactarem indivíduos de ambos os sexos, o modo como a mulher é afetada pelas exigências sociais de beleza é muito mais intenso. A mulher que até há pouco tempo se encontrava em uma posição submissa e subalterna perante a figura paterna e ao marido, lutou pela igualdade de gênero no plano dos direitos. Isso fez com que, atualmente, algumas das assimetrias tenham sido amenizadas, ainda que não tenham sido abolidas as desigualdades salariais. A hierarquia entre os gêneros continua existindo, porém está sendo questionada de maneira contundente nos vários espaços sociais. Assim, embora as construções de gênero estejam mais vivas do que nunca, pendendo para a tradicional e histórica dominação masculina, muito tem se avançado, de modo que, aparentemente, a mulher tem sido reconhecida no seu direito legítimo de tomar “posse” de seu corpo e de sua sexualidade.

Enquanto que a beleza feminina até há pouco tempo esteve associada à maternidade, e a sexualidade da mulher era vinculada ao casamento para fins de reprodução, na atualidade a busca de controle da taxa de natalidade e a necessidade de também exercer concomitantemente alguma atividade remunerada permitiram a difusão em larga escala de métodos contraceptivos e do planejamento familiar, que possibilitaram que a mulher tivesse maior controle sobre sua sexualidade (Del Priore, 2000). Contudo, mesmo com maior poder de escolha e de posse do seu corpo, dando sentido à bandeira feminista “meu corpo me pertence”, a necessidade tão divulgada pelos meios de comunicação de que a mulher deve se manter sempre jovem, leve e magra faz com que o feminino se mantenha em uma posição de submissão às injunções socioculturais. Agora a subordinação ocorre em relação a um meio que impõe metas e exigências em torno de um determinado padrão de apresentação corporal, muitas vezes inalcançável. A busca sôfrega

por atingir essas metas e prescrições socialmente impostas pode interferir nos diferentes âmbitos da vida da mulher, como família, trabalho, estudos, relacionamentos afetivos, lazer, sem falar no exercício da maternidade.

A regulação social dos corpos e a midiaticização dos ideais de beleza

Os meios de comunicação de massa, que veiculam as tendências da moda e que são modelados pela publicidade que estimula o impulso de consumo, divulgam fotos de mulheres jovens com silhuetas muito menores do que a média da silhueta da mulher brasileira. Não por acaso nosso país ocupa o nada honroso segundo lugar em número de cirurgias plásticas para fins estéticos (Santos, Garcia, & Liotino-Santos, 2015).

Cosméticos, remédios, academias, produtos de toda sorte prometem auxiliar a mulher a reduzir medidas, hidratar a pele, alisar o cabelo e perder “aquela barriguinha incômoda”. Assim, para que seja atingido o ideal de beleza feminina difundido na era contemporânea, junto com as fotos, os vídeos, os *posts* e as telenovelas são incentivadas inumeráveis dietas que supostamente ajudariam a mulher a alcançar essas metas, além de regimes emagrecedores que, muitas vezes, não atendem as necessidades mínimas de nutrientes do corpo humano. Nesse contexto, e considerando que vivemos em uma sociedade de mercado, é possível reconhecer o pano de fundo sociocultural que representa um dos grandes fatores de vulnerabilidade das mulheres e que explicam por que elas constituem a grande maioria das vítimas dos TAs (Smink, Van Hoeken, & Hoek, 2013).

Os ideais de beleza que incidem sobre a vida dos brasileiros e brasileiras também determinam a necessidade de que, para ser considerado belo, além de manter um corpo magro, é preciso ser jovem a vida inteira. Com o espetacular desenvolvimento da biomedicina e os avanços notórios da saúde pública, a expectativa de vida da população tem aumentado significativamente e, por conseguinte, o país envelhece a passos largos, gerando novas e desafiadoras demandas para o sistema de saúde e previdência social. Há uma profunda e silenciosa transição demográfica em andamento, que também vem acompanhada de uma transição epidemiológica.

Em resposta aos anseios cultivados pela cultura contemporânea, há um aumento do número de pessoas que se submetem a cirurgias plásticas visando tão somente se manterem jovens e belas. Essa busca intensa e desmedida pela juventude, com frequência, é justificada pelos discursos que repetem o mantra da necessidade de o indivíduo se manter com saúde e se encaminhar para uma velhice saudável. Contraditoriamente, ser velho, na sociedade atual, tem sido encarado como indesejável e como o oposto de ser saudável. Com isso, percebe-se uma distorção do que é

considerado como definidor de saúde e de hábitos saudáveis, o que mascara o franco exagero de algumas pessoas que paralisam suas vidas para praticarem exercícios físicos em excesso, realizarem inúmeras cirurgias plásticas e se alimentarem de modo extremamente restritivo para conservarem a silhueta delgada (Del Priore, 2000).

A intensa luta pelo corpo jovem e magro tem como justificativa a busca pelo ideal de saúde que é configurado pela cumplicidade existente entre a ciência e a indústria (alimentícia, cosmética e farmacêutica), elegendo como mercadoria preferencial para realização do lucro o mito do corpo saudável (Santos et al., 2015). Diante desse panorama, como situar o cuidado com a saúde psíquica do indivíduo?

Os teóricos da psicologia cada vez mais abandonam a perspectiva dualista que divide corpo e mente, considerando o humano como um ser integrado, formado por aspectos mentais e corporais que interagem e se influenciam mutuamente (Winnicott, 1949/2000). Dessa forma, cuidar do corpo significaria cuidar também do psiquismo, o que entra em rota de colisão com o discurso biomédico, que se esforça por manter a cisão e separação nítida entre corpo e mente, matéria e espírito, interioridade e exterioridade.

Mas, afinal, de que *corpo* mesmo estamos falando? Sujeito a que tipo de tensionamentos? Habitando que contexto? Certamente, um contexto no qual o corpo se mostra dissociado, dócil e submisso como escravo de padrões inalcançáveis, constantemente depreciado e ferido a fim de se transformar em ideais. Os dispositivos de controle e disciplinamento dos corpos regulam também o regime de sexualidade. Nesse estado de coisas, é forçoso concluir que o cuidado com o corpo muitas vezes não ocorre de modo adequado. Portanto, o cuidado com a saúde psíquica possivelmente também não.

Nesse cenário, pode-se questionar: como tem ocorrido o cuidado com a saúde mental dos indivíduos que vivem essa nova ditadura do corpo? Com frequência, observa-se as pessoas seguindo dietas e padrões sem exercer uma mínima possibilidade de reflexão sobre o que aqueles comportamentos significam para sua vida afetiva. O espaço e o tempo ficam praticamente preenchidos com a luta para se assemelhar aos modelos idealizados, enquanto os prejuízos na qualidade de vida e o empobrecimento nas relações afetivas sequer são percebidos (Tirico, Stefano, & Blay, 2010).

Como os modelos difundidos não correspondem à realidade, o indivíduo se mantém insatisfeito. O auge dessa insatisfação está presente nas pessoas que vivenciam transtornos relacionados à imagem corporal, como os TAs. Contudo, depois de tecer as considerações que foram elaboradas até esse momento, com base nos pressupostos expostos, é possível afirmar categoricamente que o diagnóstico atribuído seria somente da pessoa ou, antes, deve ser compartilhado e vivenciado como sendo de toda a sociedade contemporânea.

Família, cuidados maternos e saúde mental

Desde o nascimento, homens e mulheres dependem dos cuidados dos pais para se manterem vivos, como ser alimentado, aquecido e amado. Na espécie humana, os cuidados recebidos são recheados por simbolismos e valores culturais (Boarini, 2003). Assim, é possível pensar que o leite que o bebê recebe desde os primeiros dias de vida, além de conter os nutrientes necessários para garantir-lhe a sobrevivência, possui também uma série de componentes culturais e afetivos que permitem que seu significado ultrapasse o de um simples alimento físico. Dessa forma, a influência dos padrões culturais ocorre desde os primeiros cuidados fornecidos à criança. O bebê, mesmo que ainda não esteja totalmente imerso, como os adultos, nos valores culturais difundidos extensamente, e que ainda não tenha capacidade cognitiva suficiente para compreendê-los, já sofrerá suas consequências.

A família foi o grupo social no qual a sociedade depositou a responsabilidade por fornecer os primeiros cuidados ao recém-nascido. Porém, embora a família tenha a função universal de suprir as necessidades humanas e introduzir progressivamente a criança na sociedade, o modo como ela é constituída e a maneira como cumpre sua função varia enormemente entre as diferentes culturas. Além disso, as sociedades estão sempre vivenciando uma série de transformações, que impactam as configurações familiares, diversificam seus arranjos e modificam suas rotinas. Segundo Barbieri (2013), as raízes das mudanças mais significativas observadas na sociedade residem nas modificações que as relações familiares sofreram e continuam sofrendo com o passar dos anos, o que também altera o modo peculiar como o alimento inicial é fornecido à criança.

Dentre os fatores sociais que interferem na organização das famílias atuais, destaca-se a maior presença das mulheres no mercado de trabalho, que influencia o modo como se realiza o cuidado dos filhos atualmente. A figura materna, que gera, gesta, pare e produz o leite e o acolhimento das angústias impensáveis que incidem sobre o bebê (Winnicott, 1956/2000), é conhecida como a principal responsável não só pela alimentação do filho, como por todos os cuidados básicos de que ele necessita enquanto ser absolutamente dependente. Assim, a mãe, enquanto amamenta seu filho, seria a primeira agente responsável por introduzi-lo em um mundo de significados construídos e compartilhados socialmente, que permitem que ele, aos poucos, os reconheça e, assim, se insira na sociedade. A mulher, invadida pela “obrigação” de se manter bela e jovem, ao mesmo tempo em que persegue o sucesso, pode transmitir também ao filho os padrões culturais que serão realimentados nos enlaces entre as gerações.

Com efeito, a transmissão dos valores culturais é uma das tarefas altamente elaboradas que cabe à mãe-cuidadora realizar, desde o início da vida da criança. Pode-se questionar, então, como ficaria o exercício da maternidade da mulher que mantém uma dupla jornada de trabalho (por trabalhar fora do lar e dentro dele), acumulando funções tradicionalmente delegadas ao gênero feminino, como cuidar dos filhos, da casa e do marido, e ainda encontrar tempo para lutar intensamente para ser magra, jovem e saudável.

Valdanha (2013) constatou que os vínculos existentes entre mães e filhos com TAs está muito associado com o cuidado de necessidades concretas dos filhos, enquanto se percebe um distanciamento afetivo entre eles. O cuidar do filho é constantemente relacionado à necessidade de mantê-lo fisicamente saudável, com uma alimentação regrada e equilibrada, ao mesmo tempo em que a troca de afetos pode ficar esquecida ou relegada a segundo plano. Diante do aumento crescente das responsabilidades da figura feminina, é cobrado que o pai colabore com o cuidado dos filhos. Porém, da mesma forma que a mãe, ele também apresenta dificuldades em se aproximar afetivamente e colaborar para que sejam criados espaços para reflexão sobre os verdadeiros desejos e necessidades de toda a família (Costa, 2014). Nesse cenário familiar, quase não há brechas para que se interroge: será que o anseio realmente é o de seguir a norma e modelar um corpo esquelético? Sem que as pessoas tenham esse espaço para reflexão, surge o TA do filho, que mostra que a busca pela magreza nem sempre é sinal de saúde e felicidade.

Considerações finais

Este estudo teve por objetivo refletir sobre a influência do contexto sociocultural no comportamento alimentar, especialmente nas manifestações dos TAs, que caracterizam quadros psicopatológicos distintos.

Os argumentos aqui expostos refletem a necessidade de que, ao se combaterem os TAs, é preciso considerá-los como uma dificuldade de toda uma sociedade, que se distancia das suas próprias dificuldades psíquicas, almejando encontrar no corpo ideal a felicidade tão sonhada.

Como o corpo idealizado não é passível de ser atingido na vida real, as pessoas se mostram constantemente insatisfeitas. Os TAs são apenas um dos resultados da insatisfação social. Podem também ser colocados lado a lado com os quadros depressivos, os diversos transtornos de personalidade, o incremento das taxas de suicídio, o uso abusivo de substâncias psicoativas, a crescente insatisfação com o trabalho, dentre outros temas que merecem atenção da saúde pública.

Referências

- Barbieri, V. (2013). Laços e embaraços: o procedimento de Desenhos de Família com Estórias na compreensão cruzada dos psicodinamismos de mãe e filha. In W. Trinca (Org.), *Procedimentos de Desenhos-Estórias* (pp. 231-276). São Paulo: Vetor.
- Boarini, M. L. (2003). Refletindo sobre a nova e velha família. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 8(n.spe), 1-2.
- Borges, N. J. B. G., Sicchieri, J. M. F., Ribeiro, R. P. P., Marchini, J. S., & Santos, J. E. (2006). Transtornos alimentares: quadro clínico. *Medicina* (Ribeirão Preto), 39(3), 340-348.
- Costa, L. R. S. (2014). *Relação pai-filha no contexto dos Transtornos Alimentares: uma perspectiva winnicottiana*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Del Priore, M. (2000). *Corpo a corpo com a mulher: pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: Senac.
- Gaspar, F. L. (2005). A violência do outro na anorexia: uma problemática de fronteiras. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 8(4), 629-643.
- Oliveira, L. L., & Hutz, C. S. (2010). Transtornos alimentares: o papel dos aspectos culturais no mundo contemporâneo. *Psicologia em Estudo* (Maringá), 15(3), 575-582.
- Santos, M. A., Garcia, R. W. D., & Liotino-Santos, M. (2015). A sujeição aos padrões corporais culturalmente construídos em mulheres de baixa renda. *Demetra*, 10(4), 761-774.
- Smink, F. R., Van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2013). Epidemiology, course, and outcome of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 543-548.
- Tirico, P.P., Stefano, S. C., & Blay, S. L. (2010). Qualidade de vida e transtornos alimentares: uma revisão sistemática. *Caderno de Saúde Pública*, 26 (3), 431-449.
- Valdanha, E. D. (2013). *Anorexia nervosa e transmissão psíquica transgeracional: Histórias de vida de pacientes, mães e avós*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Valdanha, E. D., Scorsolini-Comin, F., Peres, R. S., & Santos, M. A. (2013). Influência familiar na anorexia nervosa: em busca das melhores evidências científicas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 62(3), 225-233.
- Winnicott, D. W. (2000). O apetite e os problemas emocionais. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 332-346). (D. Bogomoletz, trad., 2ª ed.). Rio Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1936).

Winnicott, D. W. (2000). A mente e sua relação com o psicossoma. In D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 332-346). (D. Bogomoletz, trad., 2ª ed.). Rio Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1949).

Winnicott, D. W. (2000). A preocupação materna primária. In: D. W. Winnicott, *Textos selecionados: Da pediatria à psicanálise* (pp. 399-405). (D. Bogomoletz, trad., 2ª ed.). Rio Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1956).

O “ARMÁRIO” E SEUS DESDOBRAMENTOS: RELATOS DE HOMENS HOMOSSEXUAIS

Yurín Garcêz de Souza Santos¹²⁵

Manoel Antônio dos Santos¹²⁶

Universidade de São Paulo, USP-RP

Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde – LEPPS-USP-CNPq

Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero – VIDEVERSO

RESUMO

As relações íntimas entre pessoas do mesmo sexo sempre existiram na história da Humanidade, entretanto, a homossexualidade é uma construção médico-científica do século XIX. Diante do dispositivo regulador das sexualidades, baseado na heterossexualidade imposta a todos os indivíduos, o “armário” torna-se uma estratégia de encobrimento do estigma sofrido por pessoas não heterossexuais. O objetivo do presente estudo foi explorar as vivências de homens homossexuais com relação ao dispositivo regulador denominado “armário”. Estudo descritivo-exploratório, com enfoque qualitativo de pesquisa, no qual se elegeram os estudos de casos múltiplos como estratégia metodológica. Participaram do estudo oito homens homossexuais. Os instrumentos utilizados foram: Formulário de Dados Sociodemográficos, Roteiro de Entrevista Semiestruturada realizada individualmente com cada cônjuge e Roteiro de Entrevista Semiestruturada com o casal em conjunto. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra e literalmente. O material foi organizado por meio da análise temática e discutido com base na literatura disponível sobre diversidade sexual e de gênero e com os estudos *Queer*. Os resultados mostram os desdobramentos subjetivos de se estar “dentro” ou “fora do armário”. Evidencia-se uma pluralidade de vivências singulares com relação ao “armário” e a necessidade de um posicionamento do profissional da área de Psicologia frente às demandas contemporâneas de legitimidade e visibilidade das diversidades sexuais e de gênero. (FAPESP)¹²⁷

¹²⁵ Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Bolsista FAPESP de Iniciação Científica e de Mestrado. Bolsista CAPES de Doutorado. Pesquisador do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP-CNPq). Membro do VIDEVERSO - Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero (FFCLRP-USP). E-mail: yuringarcez@gmail.com.br

¹²⁶ Professor Associado 3 do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRP-USP). Psicólogo, Mestre e Doutor em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Livre-docente pela FFCLRP-USP. Líder do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde (LEPPS-USP- CNPq). Coordenador do VIDEVERSO - Grupo de Ação e Pesquisa em Diversidade Sexual e de Gênero (FFCLRP-USP). Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq nível 1B. E-mail: manoelmasantos@gmail.com

¹²⁷ Este estudo recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), por meio de concessão de bolsa de Mestrado concedida ao primeiro autor (Processo nº

Palavras-chave: Armário; Homossexualidade masculina; Subjetividade; Teoria *Queer*.

INTRODUÇÃO

Há evidências de que as relações sexuais entre pessoas do mesmo sexo ocorrem desde a pré-história. Existem registros de vivências de relacionamentos homoeróticos nas sociedades da antiguidade greco-romana (Spencer, 1999). O erotismo entre iguais era lido a partir de diversos prismas e entendido de diferentes maneiras de acordo com a época, ao longo da história da Humanidade. Historicamente, tinha um caráter iniciático em contextos políticos, culturais e econômicos muito específicos e particulares (Costa, 1992; Moscheta & Santos, 2006). Assim, o que hoje convencionou-se chamar de “homossexualidade” surgiu, na realidade, como uma construção médico-científica apenas no século XIX (Adelman, 2000; Costa, 1995; Tavares, Souza, Ferreira, & Bomtempo, 2010).

Segundo Foucault (1999), o século XVIII trouxe consigo uma cadeia de discursos produtores de *uma verdade sobre os sexos*. Enunciados médico-científicos e moral-religiosos confluíram na formação de um dispositivo da sexualidade que tem o poder de exercer controle sobre os indivíduos por meio de sanções que regulam os corpos, os prazeres e as subjetividades. Foi no século XIX que se consolidou esse dispositivo, que demarca o que é normal e o que é socialmente aceito, delimitando, conseqüentemente, o que é desviante, diferente ou patológico. Nesse processo de controle social, a família nuclear burguesa teve papel fundamental, sendo alçada à condição de representante primária das condições de normalidade e reprodução sócia desejáveis. A sociedade passa a ser baseada na heterossexualidade compulsória, a partir do casamento entre um homem e uma mulher legalmente reconhecido pelo Estado, em um regime monogâmico, economicamente produtivo e objetivando a procriação a partir da reprodução biológica (Toledo & Teixeira-Filho, 2013).

Diante desse contexto de uma suposta normalidade baseada na biologia dos corpos, perpetuou-se, historicamente, a ideia de homossexualidade associada à perversão, à doença, ao pecado e ao vício (Andrade, & Ferrari, 2009). Assim, a ideia de uma identidade homossexual é perversamente implantada e imposta aos indivíduos que não se reconhecem nos termos compulsoriamente definidos pelo contexto social. Mais do que isso, atribui-se um passado, uma história, uma infância, um caráter e um estilo de vida aos sujeitos que não vivenciam heterossexualmente a sua sexualidade (Foucault, 1999). Mas é preciso lembrar que a sexualidade está inserida no âmbito da cultura, não existindo uma sexualidade natural (Adelman, 2000). O que

2014/02927-7). As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade do(s) autor(es) e não necessariamente refletem a visão da FAPESP.

existe são construções sociais e históricas sobre sexualidade, que estão sempre relacionadas ao poder.

Seguindo essa linha de raciocínio, a perspectiva dos estudos *queer* compreende a sexualidade como um conjunto heterogêneo de discursos e práticas, que estabelecem proposições morais que julgam, normatizam e categorizam o que é ou não aceitável na sociedade (Miskolci, 2009). Partindo da noção de que a própria concepção do que é natural – como o sexo biológico – já faz parte de um discurso que é datado e atravessado pela cultura, a partir de um sistema regulatório das sexualidades ilustrado pela matriz “sexo – gênero – desejo – práticas sexuais” (Butler, 2003), o que se observa é a imposição de comportamentos e formas de vida forjadas pela naturalização e universalização de práticas não apenas afetivo-sexuais, mas também identitárias, baseadas no essencialismo cisheteronormativo¹²⁸.

No que se refere ao que é comumente denominado de “orientação sexual”, ou seja, o direcionamento do desejo afetivo-sexual de cada pessoa para determinado objeto, é possível observar uma pluralidade subjetiva que está posta para além de qualquer definição fixa e universal. Isto é, por mais que existam determinados comportamentos e formas de subjetivação que podem ser lidos socialmente como homossexuais, os sujeitos assim referidos não necessariamente se reconhecem nesses termos. Exemplos dessa diversidade são comumente encontrados em produções socioantropológicas (Carrara & Simões, 2007; Duque, 2014; Miskolci, 2013; Simões & Carrara, 2014) e até mesmo em produções artístico-literárias (Carbonel, 2014). Na psicologia, entretanto, nota-se, ainda hoje, a manutenção de uma produção acadêmica, de práticas e discussões teórico-metodológicas que se baseiam em estudos essencialistas sobre identidades, conduzidos a partir de uma visão normativa e patologizada no que se refere às diversidades sexual e de gênero (Borges, Canuto, Oliveira, & Vaz, 2013; Peres, 2013).

Para além dessa generalização marcadamente identitária que parece se impor sobre os sujeitos que não se reconhecem como heterossexuais, como aqueles que se percebem como atravessados por desejos discordantes do padrão socialmente imposto, resta o processo de estigmatização. Goffman (2008) definiu o termo estigma como relacionado a um atributo pessoal que é socialmente depreciativo, tendo em vista as categorizações normativas que a sociedade engendra com base naquilo que entende como normal. Os sujeitos estigmatizados, seja por motivos aparentes – como deficiência física ou alterações motoras – ou não aparentes – como pelas crenças, valores ou orientação sexual que comungam – constantemente manipulam as informações sobre seu estigma, o que faz com que esses referentes sejam “encobertos” na vida

¹²⁸ Por *essencialismo cisheteronormativo* entende-se a concepção culturalmente perpetuada de que é natural que determinados órgãos – pênis e vagina – estejam diretamente relacionados à determinadas expressões de gênero – homem e mulher – e que essas expressões sempre estarão direcionadas afetivo-sexualmente a relacionamentos heterossexuais.

pública. No caso de sujeitos que se identificam como homossexuais, mas que não vivem sua homossexualidade de forma aberta ou pública, diz-se, popularmente, que “estão no armário”.

O termo “armário” é uma metáfora comumente utilizada para descrever a situação de um sujeito homossexual que tem sua sexualidade não expressada e/ou não vivida publicamente. Mais do que isso, de acordo com Sedgwick (2007), o “armário” não é uma característica que tem impacto apenas na vida de pessoas homossexuais, mas que incide sobre todos os sujeitos, definindo, em termos de sexualidade, o que é tolerado e pode ser vivido publicamente, assim como o que deve ficar resguardado nos limites da privacidade. Na realidade, o “armário” pode ser entendido como um regime de controle da sexualidade que é instaurado por normas nem sempre explícitas, na tentativa de manutenção de uma divisão binária hétero-homo da sexualidade na sociedade ocidental (Sedgwick, 2007).

Diante do exposto e da constatação, inspirada em uma perspectiva *queer*, de que a Psicologia sempre esteve e parece permanecer comprometida com a “manutenção, reificação e defesa do sistema sexo/gênero/desejos/práticas sexuais” (Peres, 2013, p. 56), o objetivo do presente estudo foi explorar as vivências de homens homossexuais que constituíram famílias homoparentais com relação ao dispositivo regulador comumente denominado “armário”.

MÉTODO

Este estudo é um recorte de uma investigação mais ampla, que teve por objetivo compreender o processo de formação e manutenção de famílias homoparentais masculinas, a partir da perspectiva tanto dos pais quanto dos filhos inseridos nesses arranjos familiares. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, desenvolvido dentro de um enfoque qualitativo de pesquisa, no qual foi privilegiada, como estratégia metodológica, a utilização de estudos de casos múltiplos. Os dados e discussões aqui apresentados referem-se aos relatos de oito homens homossexuais, cônjuges de quatro famílias participantes, que foram eleitas por critérios de conveniência e arregimentadas por meio da estratégia denominada *snowball* (Biernacki & Waldorf, 1981).

Tabela 1.

Caracterização das famílias com relação aos cônjuges, filhos e suas idades

Família	Cônjuges (idade em anos)	Filhos (idade em anos)
Moraes	César (44) e Tiago (46)	Bruna (21)
Rodrigues	Wagner (50) e Orlando (41)	Lívia (22)
Lima	Antônio (37) e Fabio (38)	Pedro (12), Paulo (10) e Gustavo (7)
Albuquerque	Rodrigo (52) e Willian (39)	Julia (12), Mariana (4), Lucas (3) e Amanda (2)

César e Tiago, cônjuges da família **Moraes**, estavam em regime de união estável havia quatro anos. Já os cônjuges da família **Rodrigues**, Wagner e Orlando estavam casados também havia quatro anos. As filhas das famílias Moraes e Rodrigues – Bruna e Livia – foram concebidas em relacionamentos heterossexuais anteriores de um dos cônjuges de cada família, César e Wagner, respectivamente. Os filhos das famílias **Lima** e **Albuquerque** foram adotados e são, no interior de cada família, irmãos biológicos. Antônio e Fábio, da família Lima, eram casados havia oito anos e Rodrigo e Willian, da família Albuquerque, estavam em regime de união estável havia oito anos. Os instrumentos utilizados para coleta dos dados foram: Formulário de Dados Sociodemográficos, que inclui o Critério de Classificação Econômica Brasil, Roteiro de Entrevista Semiestruturada, realizada individualmente com cada cônjuge, e Roteiro de Entrevista Semiestruturada realizada com o casal em conjunto. Esses dois últimos instrumentos foram utilizados tendo-se em vista que a técnica de entrevista é considerada o melhor meio de aproximação e compreensão de vivências, permitindo o contato direto do pesquisador com os sentimentos, crenças, valores, atitudes, representações e opiniões dos participantes da pesquisa (Minayo, 2008; Rocha-Coutinho, 2006). Em linhas gerais, os roteiros semiestruturados de entrevista abordaram questões de identificação e inserção socioeconômica dos participantes, experiências acerca da assunção da homossexualidade, história da família de origem, concepções acerca da homoparentalidade masculina, assim como dados referentes à construção do casal, às relações do casal com suas respectivas famílias de origem, às facilidades e dificuldades de formação da família homoparental e à dinâmica e manutenção da rotina familiar.

As entrevistas foram realizadas na residência de cada família participante para garantia de um ambiente de conforto e confidencialidade, com a intenção de proporcionar um contexto mais propício para a discussão de temas delicados relacionados às expressões da sexualidade dos participantes. A partir do contato prévio do pesquisador, por meio de telefone ou *e-mail*, e de acordo com a disponibilidade de cada família, foi estabelecido, em comum acordo, data e horário para a realização dos encontros, que tiveram duração variável, entre duas e oito horas.

As entrevistas foram audiogravadas, mediante autorização de cada participante por meio da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os registros foram, posteriormente, transcritos na íntegra e literalmente, constituindo, assim, o *corpus* de análise. Em seguida, o material foi submetido aos procedimentos de análise temática preconizados por Braun e Clarke (2006), o que permitiu elencar os núcleos de significado que emergiram nos relatos dos participantes. A interlocução teórica do material coletado se deu com a literatura disponível sobre diversidade sexual e de gênero, e o diálogo com autores da Teoria *Queer*.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com apoio de farto material empírico obtido por meio das entrevistas realizadas, algumas categorias temáticas puderam ser elaboradas a respeito das vivências e concepções dos membros de cada família. Destacamos, para as discussões do presente estudo, as relações dos cônjuges de cada família com “seus armários”. Os resultados serão discutidos em relação ao estar “dentro” ou “fora do armário”.

O armário de portas fechadas

[...] não que eu não tivesse atração por homem, mas era dificuldade de aceitação. No começo eu aceitava como uma coisa física, mas não pra casar, namorar, isso não! É uma reprodução mesmo de um discurso social (Wagner, 50 anos).

Para Wagner, cônjuge da família Rodrigues, as relações sexuais mantidas com homens tinham um caráter unicamente físico, fazendo com que o participante significasse essas experiências, inicialmente, apenas como uma descarga sexual. Em um nível afetivo, entretanto, mantinha relações apenas com mulheres. Em uma reconstrução atual da memória, o participante coloca esse posicionamento anterior frente à sua sexualidade como uma reprodução de um discurso social homofóbico e que atrela a homossexualidade à perversão e à promiscuidade (Toledo & Teixeira-Filho, 2012). De origem judaica e, aparentemente, conservadora, Wagner cresceu em um contexto familiar que não permitia que seu desejo afetivo-sexual por pessoas do mesmo sexo fosse vivido plenamente. Nesse sentido, o preconceito existente no âmbito social – incluindo-se aí a família – tem repercussões na vida dos sujeitos, uma vez que, na vigência de um conflito entre os próprios desejos e os valores e normas propagados por uma sociedade heterossexista, pode-se ocorrer uma desvalorização do sujeito frente a si mesmo (Pereira & Leal, 2005).

Eu sempre senti atração por pessoas do mesmo sexo [...] pra mim foi meio complicado. Fui ter a minha primeira relação sexual aos 28 anos. [...] foi altas crises aí de que eu não me aceitava mesmo (César, 44 anos).

César afirma que se reconhecer homossexual, assim como visto no caso de Wagner, foi um processo difícil e doloroso, de modo que, ao decidir guardar esse segredo unicamente para si, acabou por se envolver afetivamente com uma mulher, respondendo assim a uma norma social. Nesse sentido, parece ser comum que homens homossexuais internalizem significados depreciativos e sentimentos negativos culturalmente propagados com relação à homossexualidade (Nunan, Jablonski, & Féres-Carneiro, 2010), o que implica que o “armário” não remeta unicamente à divisão binária hétero-homo / público-privado, evidenciada por Sedgwick (2007), mas também determine uma impossibilidade interna de autoaceitação.

O mesmo parece ter ocorrido com Rodrigo, cônjuge da família Albuquerque. Nesse caso, entretanto, o participante conta que, ao contrário de César, conseguia ter relacionamentos com homens, mas sempre às escondidas e em ambientes privados.

Já [teve relacionamentos] com homens, com mulheres. Ninguém sabia nada. O problema era todo meu. Eu sofri muito, então eu era o marido perfeito, o pai perfeito, o genro perfeito, filho perfeito (Rodrigo, 52 anos).

As histórias de Wagner, César e Rodrigo, cônjuges das famílias Rodrigues, Moraes e Albuquerque, respectivamente, são similares no que se refere à aceitação da própria homossexualidade, à vivência do segredo e da dupla moral sexual. Os três participantes, ainda que cientes do seu desejo homo-orientado, em resposta a uma norma social e cultural, se envolveram em relacionamentos heterossexuais e, nessas relações, tiveram filhos biológicos. Como consequência, só conseguiram viver plenamente seus desejos depois de certa idade – o que denota independência financeira e amadurecimento emocional para se impor frente à família de origem – e a partir do momento que se viram envolvidos afetivamente com outros homens em relacionamentos duradouros, distanciando-se gradualmente do preconceito que atrela a homossexualidade a um comportamento sexual promíscuo.

Para seus respectivos companheiros, entretanto, ainda que com dificuldades, a aceitação da própria homossexualidade não parece ter sido um problema em si. Orlando, marido de Wagner, conta que, por conta da religiosidade da família de origem, inicialmente foi difícil o processo de reconhecimento de sua sexualidade. Contudo, ainda na adolescência e, sobretudo, nas relações que estabeleceu com pessoas da cena teatral, o participante pôde se permitir viver sua sexualidade de forma plena.

[...] na adolescência eu tive uma primeira experiência [com homens] e tive um misto de realização, de prazer e de culpa muito forte. Mas foi a partir dali que eu me olhei no espelho e pensei: “Nossa, eu sou viado!”. [...] no teatro eu comecei a conhecer pessoas homossexuais e comecei a ver que: “Opa, não tô sozinho no mundo!” (Orlando, 41 anos).

Assim como ocorreu com Orlando, Tiago, companheiro de César, afirma ter tido algumas dificuldades de autoaceitação, porém, ao contrário de seu cônjuge, nunca manteve relações afetivas ou sexuais com mulheres.

Pra mim também foi assim, mas eu nunca admiti a ideia de ter que namorar com uma mulher pra ter que provar alguma coisa pra alguém, entendeu? [...] tanto que eu nunca senti necessidade de falar pros meus pais e nunca foi por medo. [...] os meus irmãos heterossexuais, ao menos até onde eu sei, não precisaram chegar neles e dizer: “Olha, pai, eu sou heterossexual, tô apaixonado por tal pessoa, você deixa eu casar com a pessoa?” Não! Por que eu tenho que chegar? “Olha,

eu sou homossexual, tô apaixonado pelo César, não sei se vocês vão aceitar, mas...” (Tiago, 46 anos).

Também de maneira distinta em relação aos outros participantes, Tiago afirma que nunca sentiu necessidade de assumir sua homossexualidade para a família, partindo da concepção de que sua sexualidade não deveria ser tratada como anormal ou desviante. Em sua percepção, sua homossexualidade tinha valor equivalente à heterossexualidade, evitando com isso reconhecer a hierarquia de prestígio que posiciona essas duas expressões do desejo. Pode-se notar, na fala de Tiago, uma tentativa de desnaturalização da heterossexualidade, na medida em que ele “naturaliza” também a homossexualidade. Assim, Tiago parece se esforçar em romper com uma lógica binária hétero-homo, ainda que acabe por essencializar a homossexualidade, o que foi e é discurso útil para a efetivação de políticas públicas e relativamente comum em movimentos de defesa de pessoas não heterossexuais (Oliveira, 2009). “Somos praticamente normais”, “temos uma família normal, como qualquer outra” – são reivindicações frequentemente ouvidas entre homossexuais. O entendimento de Tiago sobre a assunção de sua própria homossexualidade, contudo, difere enormemente da noção de Antônio, cônjuge da família Lima, por exemplo. Se para Tiago não existiu a necessidade de se assumir, de enfrentar seus pares e afirmar a sua homossexualidade frente ao cenário social, para Antônio esse processo de afirmação pareceu ser fundamental.

Aí, aos 21 anos eu falei: “Chega pra mim! ”. Dei um “foda-se” e nunca mais vi a minha mãe. (Antônio, 37 anos).

Para Antônio, assumir sua homossexualidade e se posicionar afirmativamente frente à sua família foi essencial, sobretudo para preservar sua saúde mental. Por ter saído do armário e “se assumido” muito cedo – aos 12 anos, de acordo com seu relato – esse participante sofreu inúmeras sansões, sobretudo de sua mãe, com quem cortou relações aos 21 anos de idade. Desde então não tem contato algum com ela.

O armário de portas abertas

O processo de *coming-out*, isto é, o chamado movimento de “sair do armário”, é um fenômeno que envolve transformações em aspectos tanto intra quanto interpessoais, que conduzem a um reconhecimento da legitimidade da homossexualidade (Pereira & Leal, 2005). Mais do que isso, representa um momento de ruptura simbólica pública – nos mais diferentes contextos – com a lógica social heterossexual (Mota, 2014). Para alguns participantes, como Rodrigo, esse processo de saída do armário – isto é, o momento de assunção pública e revelação da própria homossexualidade, foi difícil e marcado por muita dor.

Até que houve um envolvimento emocional com ele e aí não teve jeito. [...] Foi terrível. Foi muito complicado. [...] E naquele momento eu disse que não tinha jeito, que eu gostava muito dele, mas que, se descobrissem, eu preferia me matar (Rodrigo, 52 anos).

Para Rodrigo, a possibilidade de que sua homossexualidade viesse à tona e fosse vivida publicamente era tão remota e dolorosa que o participante, naquele momento, assegurava preferir a morte a viver “fora do armário”. Como afirmado por Nunan et al. (2010), os sujeitos homossexuais têm dificuldades de formação de sua própria identidade, na medida em que incorporam e internalizam conceitos e valores negativos que a sociedade, em linhas gerais, cultiva a respeito da homossexualidade. Essa internalização pode ser traduzida pelo questionamento de valores pessoais e está relacionada a desfechos como depressão, baixa autoestima, comportamento sexual de risco, suscetibilidade à culpa, vergonha e isolamento social e, em muitos casos, tendência ao suicídio (Teixeira-Filho & Rondini, 2012).

Se a assunção da homossexualidade foi dramaticamente marcada para Rodrigo, para outros participantes, como Wagner, Orlando e Willian, seus respectivos *coming-out*, notadamente para membros de suas famílias, foram vividos como processos mais lentos e graduais, geralmente materializados com a confirmação de uma suspeita que, de acordo com os participantes, suas famílias de origem já tinham com relação à verdadeira orientação de suas sexualidades.

Minha mãe virou e perguntou: “O quê que você tanto fica com aquele rapaz?” Aí eu olhei pra ela e falei: “Você não pergunta o que você não quer saber”. Mas, assim, era isso. Ela sabia. (Wagner, 50 anos).

Eles [seus pais] sabiam, mas não sabiam... ficava aquela coisa de... E o meu pai inclusive veio comentar comigo assim: “Mas o [nome do amigo]... ele não é primo do [nome do namorado do amigo], né? [risos] E eu: “Não, pai. Eles são namorados!” (Orlando, 41 anos).

Eu tenho uma grande amiga que é lésbica e a gente saía muito. Ia aos bares, aos lugares, ela que me abriu muito o mundo *gay*. E, assim, um dia meu irmão chegou pra minha mãe: “Ah, presta atenção com quem seu filho está andando!” Ele falou isso dessa minha amiga, né? (Willian, 39 anos).

Para Wagner, Orlando e Willian, a “saída do armário” perante suas respectivas famílias de origem se deu por meio de interferências de próprios membros de cada família, não sendo, ao menos conscientemente, um processo voluntário, mas sim imposto e incontrollável. Entretanto, cabe ressaltar que, ainda que a esses participantes tenha sido dada a oportunidade de “saída do armário” para suas famílias de origem de maneira relativamente ordenada e tranquila, o processo de assunção da própria homossexualidade nunca estará finalizado, tendo em vista a existência do pressuposto socialmente propagado de que todas as pessoas são – ou deveriam

ser – idealmente heterossexuais. Assim, em cada novo contexto, em cada nova relação, em cada nova rede, serão necessários “[...] novos levantamentos, novos cálculos, novos esquemas e demandas de sigilo ou exposição” (Sedgwick, 2007, p. 22). Isso torna o armário uma dimensão onipresente, a regular “de dentro” ou “de fora” a sexualidade de todos.

CONCLUSÕES

O objetivo do presente estudo foi explorar as vivências de homens homossexuais que constituíram famílias homoparentais com relação ao dispositivo regulador comumente denominado “armário”. O que ficou evidenciado, a partir das falas dos participantes, é que suas subjetividades sempre estiveram atravessadas pela norma heterossexual vigente, o que confirma os pressupostos que sustentam um olhar *queer*. Entretanto, cabe evidenciar que, mesmo possuindo esse aspecto em comum, as vivências e representações sobre o “armário” divergiram enormemente para cada participante, o que sugere a complexidade e pluralidade de possibilidades de configurações subjetivas quando o tema em pauta é a sexualidade humana, com suas nuances e múltiplas facetas, seus desvãos e abismos.

Nesse sentido, olhar para as individualidades dos sujeitos não significa apenas compreender que cada um é único e singular na complexidade de sua própria subjetividade. Para além disso, é imperativo que se compreenda que as circunstâncias de vida de cada sujeito são atravessadas por relações de poder que ultrapassam os limites individuais e, em um plano coletivo, sancionam regras, leis e uma moral que demanda respostas objetivas de cada um. Cabe à Psicologia, enquanto prática política– e nisso a Teoria *Queer* tem muito a contribuir – se posicionar frente à produção dessas normas que disciplinam e enquadram corpos e desejos, de forma a promover a emancipação dos sujeitos produzidos nesses regimes de verdade, e assim permitir a plena vivência de experiências de desejos e afetos, para que eles possam sair da clandestinidade e da invisibilidade forçada, de modo que não sejam mais perversamente capturados pela moldura de um padrão socialmente imposto em detrimento da saúde mental.

REFERÊNCIAS

- Adelman, M. (2000). Paradoxos da identidade: A política de orientação sexual no século XX. *Revista Sociologia e Política*, 14, 163-171.
- Andrade, M. R. M., & Ferrari, I. F. (2009). Legitimação do laço homossexual: Um acolhimento possível na realidade social da hipermodernidade. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 9, 1145-1172.

- Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). Snowball de amostragem: Problemas e técnicas de amostragem e cadeia de referência. *Métodos de Investigação Sociológica*, 10(2), 141-163.
- Borges, L. S., Canuto, A. A. A, Oliveira, D. P., & Vaz, R. P. (2013). Abordagens de gênero e sexualidade na psicologia: Revendo conceitos, repensando práticas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(3), 730-745.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: Feminismo e subversão da identidade*. (R. Aguiar, Trad.). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Costa, J. F. (1992). *A inocência e o vício: Estudos sobre o homoerotismo*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Costa, J. F. (1995). *A face e o verso: Estudos sobre o homoerotismo II*. São Paulo: Escuta.
- Foucault, M. (1999). *História da sexualidade: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Goffman, E. (2008). *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada* (Mathias Lambert, Trad.) Rio de Janeiro: LTC.
- Minayo, M. C. S. (2008). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. (11ª ed.). São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec.
- Miskolci, R. (2009). A Teoria Queer e a Sociologia: O desafio de uma analítica da normalização. *Sociologias*, 11(21), 150-182.
- Moscheta, M. S., & Santos, M. A. (2006). Metáforas da vida a dois: Sentidos do relacionamento conjugal produzidos por um casal homoafetivo. *Revista Brasileira de Sexualidade Humana*, 17(2), 217-232.
- Mota, M. P. (2014). *Ao sair do armário, entrei na velhice... Homossexualidade masculinas e o curso da vida*. Rio de Janeiro: Móbile.
- Nunan, A., Jablonski, B., & Féres-Carneiro, T. (2010). O preconceito sexual internalizado por homossexuais masculinos. *Interação em Psicologia*, 14(2), 255-262.
- Oliveira, R. M. R. (2009). Fronteiras invisíveis: Gênero, questões identitárias e relações entre movimento homossexual e Estado no Brasil. *Bagoás*, 4, 159-170.

Pereira, H., & Leal, I. P. (2005). A identidade (homo)sexual e os seus determinantes: Implicações para a saúde. *Análise Psicológica*, 3(23), 315-322.

Peres, W. S. (2013). Psicologia e políticas *queer*. In F. S. T. Filho, W. S. Peres, C. A. Rondini, & L. L. Souza. (Orgs.), *Queering: Problematizações e insurgências na psicologia contemporânea* (pp. 55-63). Cuiabá: UFMT.

Rocha-Coutinho, M. L. (2006). A narrativa oral, a análise de discurso e os estudos de gênero. *Estudos de Psicologia*, 11(1), 65-69.

Sedgwick, E. K. (2007). A epistemologia do armário. *Cadernos Pagu*, 28, 19-54.

Spencer, C. (1999). *Homossexualidade: Uma história*. (Rubem M. M., Trad.). Rio de Janeiro/São Paulo: Record.

Tavares, F. H., Souza, I. A., Ferreira, I. E. V., & Bomtempo, T. V. (2010). Apontamentos para o reconhecimento das uniões homossexuais face ao paradigma do estado democrático de direito. *Revista Direito GV*, 6(2), 443-468.

Teixeira-Filho, F. S., & Rondini, C. A. (2012). Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde & Sociedade*, 21(3), 651-667.

Toledo, L. G., & Teixeira-Filho, F. S. (2012). As lesbianidades entre o estigma da promiscuidade. *Temáticas*, 20(40), 67-103.

Toledo, L. G., & Teixeira-Filho, F. S. (2013). Homofobia familiar: Abrindo o armário “entre quatro paredes”. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(3), 376-391.

VIOLÊNCIA DOMÉSTICA: CARACTERIZAÇÃO DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS NO PRIMEIRO NÍVEL DE ATENDIMENTO

Nadja Vilela dos Santos¹²⁹

Nathalya Fonseca Camargo¹³⁰

Juliana Zicchella¹³¹

Paloma Eduarda Ortolani¹³²

Redrys Menossi¹³³

Amanda Nascimento¹³⁴

Dora Mariela Salcedo Barrientos¹³⁵

Paula Orchiucci Miura¹³⁶

RESUMO

Introdução: O estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em uma unidade Básica na zona leste de São Paulo: Bases para intervenção”. A violência nos períodos da gestação e do puerpério, pode ser considerada risco social e grave problema de saúde pública. **Objetivo:** Identificar o Perfil de produção e reprodução social das adolescentes, os principais tipos de violências e necessidades de saúde vivenciadas pelas adolescentes gestantes. **Método:** Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e exploratório com abordagem quantitativo e qualitativo. Fundamentada na *Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva* (TIPESC). Foram realizadas entrevista semi-estruturada com 24 adolescentes grávidas de uma UBS na zona leste de São Paulo durante três meses. Os dados foram analisados e criados grupos temáticos utilizando o software WEBQDA (Souza & Costa, 2011). **Resultados:** Foram entrevistadas 24

¹²⁹ Psicóloga do Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF) São Mateus (FUABC). Terapeuta Familiar e de Casal. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/Cnpq.

¹³⁰ Bacharel em Obstetrícia. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/Cnpq.

¹³¹ Aluna do Curso de Obstetrícia. Bolsista do Programa Bolsa Unificada. Pesquisadora. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/Cnpq.

¹³² Aluna do Curso de Obstetrícia. Bolsista do Programa Bolsa Unificada. Pesquisadora. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/Cnpq.

¹³³ Aluna do Curso de Obstetrícia. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/Cnpq.

¹³⁴ Aluna do Curso de Obstetrícia. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/Cnpq.

¹³⁵ Docente do Curso de Obstetrícia da USP. Psicodramatista. Terapeuta Familiar e de Casal. Mediadora e Conciliadora de Conflitos. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/Cnpq. Orientadora.

¹³⁶ Docente da Psicologia da UFAL. Membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/Cnpq.

adolescentes gestantes, das quais 8 adolescentes foram agredidas antes da gestação, 8 antes e durante a gestação, 5 foram agredidas na gestação e 3 não sofreram violência. Identificou-se (6) categorias analíticas (Nós) e aqui serão apresentadas especificamente (2) categorias empíricas (sub nós): gestação e violência intrafamiliar, gestação transgeracional. **Conclusão:** O estudo apresenta principais determinantes sociais relacionados com a violência doméstica que poderiam estar influenciando as esferas de saúde, emocional, social, e familiar e com repercussão no seu contexto familiar. Diante dessa complexidade, faz-se necessário aprofundar essa temática, agregando a perspectiva de gênero, casal e família para aprofundar a compreensão deste fenômeno.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescentes gestantes, violência doméstica, determinantes sociais.

INTRODUÇÃO

O presente estudo se insere como parte das ações de um projeto maior intitulado “Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em uma unidade Básica na zona leste de São Paulo: Bases para intervenção”, o qual é componente do Grupo de Pesquisa Mulher & Saúde: Violência doméstica no período gravídico-puerperal/CNPq, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura de São Paulo, parecer nº 329/11 – CEP/SMS (Salcedo-Barrientos, 2015).

No Brasil, os estudos apontam que a gestação na adolescência pode causar mortalidade materna, além dos bebês apresentarem maiores níveis de morbimortalidade devido complicações obstétricas suscitadas principalmente da imaturidade biológica e por a ossatura da pelve do útero estar incompleta (Martins, Pontes, Filho & Ribeiro, 2014). A violência nos períodos da gestação e do puerpério, pode ser considerada um risco social e grave problema de saúde pública, trata-se de um fenômeno complexo, com consequências muito negativas para a saúde da mãe, feto e criança. Para tanto, a violência não é perpetrada somente a mulher, mas ao um filho intrauterino, recém-nascido ou que está no seu primeiro ano de vida, o qual já se desenvolve em situação de violência (Silva, Ludermit, Araújo & Valongueiro, 2011). Assim, a condição de violência é uma violação dos direitos humanos. Pode estar relacionada com diversos problemas complexos e distintos. “A violência contra a mulher é um fenômeno multicausal, multidimensional, multifacetado e intransparente” (Fonseca, Ribeiro, & Leal, 2012).

OBJETIVO:

Identificar o perfil de produção e reprodução social das adolescentes, os principais tipos de violências e necessidades de saúde vivenciadas pelas adolescentes gestantes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e exploratório com abordagem quantitativo e qualitativo, fundamentado na *Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva* (TIPESC). Participaram deste estudo 24 adolescentes grávidas de uma UBS na zona leste de São Paulo durante três meses.

Foram aplicados os instrumentos: Formulário de Caracterização do Perfil de Produção e Reprodução Social das adolescentes (formas de viver e de trabalho), os dados relacionados com os antecedentes ginecológicos e obstétricos foram levantados através dos prontuários “mãe paulistanas” preenchidos pelos profissionais de saúde. Esse instrumento foi adaptado a partir da proposta (Oliveira & Gama, 2006), (Salcedo-Barrientos, et al. 2013).

Os dados quantitativos e os depoimentos foram analisados e criados grupos temáticos utilizando o software WEBQDA (Souza & Costa, 2011).

Identificou-se (6) categorias analíticas (Nós) e aqui serão apresentadas especificamente (2) categorias empíricas (sub nós).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Das 24 adolescentes participantes, 21 relataram ter sofrido algum tipo de violência doméstica ao longo da vida. Destas, 8 adolescentes foram agredidas antes de suas gestações, 8 antes e durante a gestação e 5 foram agredidas na gestação, totalizando 13 adolescentes agredidas no período gestacional. Os tipos de violência relatados foram: violência psicológica, institucional, física, moral, negligência e abandono do companheiro. Em relação ao perfil do agressor, percebeu-se a figura materna (50%) como a principal agressora.

A seguir serão apresentados duas categorias empíricas que foram extraídas a partir dos depoimentos destas adolescentes: “gestação e violência intrafamiliar” e “gestação transgeracional e violência”.

Gestação e violência intrafamiliar

A gestação e a violência intrafamiliar aparecem como uma das principais categorias empíricas (sub-nós) e os relatos abaixo demonstram a violência sofrida pelas adolescentes.

Ai eu fui e falei assim "se você tivesse me dado assistência em alguma coisa, você até podia me cobrar alguma coisa, certo? Já que você não ta dando assistência, nem dinheiro e não atende ao telefone, então fica na sua que eu vou viver a minha vida". Ai ele foi e falou assim "você cala a sua boca, que eu vou te quebrar no meio" (E2).

Porque meu pai é assim, igual ontem mesmo a gente brigou, assim, brigou por coisa besta, que agora só porque eu tô grávida parece que o mundo dele acabou... ontem, só porque eu fui pegar um copo de suco que ele fez, ele começou a gritar, o suco é meu, não quero saber, deixa meu suco aí... ele me machucou por dentro e quase me machucou por fora, ele quase me bateu só por causa de um copo de suco. Eu peguei, joguei o suco lá e falei pode beber o seu suco, desculpa... Provavelmente qualquer dia desses ele pode chegar e me bater (E17).

A violência no contexto familiar pode acontecer em forma de negligência, abuso sexual ou violência física contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiências física e intelectual, causando impacto no bem estar físico, mental e emocional desses indivíduos

A violência é muito complexa por envolver os conteúdos psicológicos e emocionais dos indivíduos, sejam do agressor, de quem está sofrendo a agressão ou dos outros membros da família, além dos aspectos sociais, culturais, familiares e transgeracionais que alimentam essa dinâmica familiar disfuncional perpetuando o sofrimento (Santos, 2015).

Nesse movimento pela manutenção de condições mínimas de vida é que as famílias encaram ou se deixam dominar pelo fenômeno da violência, produzindo e reproduzindo modelos de educação e disciplina baseados no uso da força (Salcedo-Barrientos, Gonçalves, Oliveira Junior, & Egry, 2011).

A violência na gestação relaciona-se a um padrão muito grave de violência, possivelmente mais frequente do que agravos habitualmente rastreados durante o pré-natal, como o diabetes e a hipertensão arterial. A violência na gestação relaciona-se a um padrão muito grave de violência, pode prejudicar a saúde física e mental da adolescente, além de atingir a saúde física do bebê (Silva, Lurdermir, Araujo, Valongueiro, 2011).

No período gravídico-puerperal, a violência prejudica a qualidade de vida das mulheres, causando várias implicações e a perpetuação do ciclo de violência doméstica. As mulheres que vivenciam agressão no decorrer da gestação sofrem os piores tipos de violência que já passaram na vida (Salcedo-Barrientos, Miura, Macedo & Egry, 2014).

Desta forma, quando não há a aceitação da gravidez pelos indivíduos que convivem com a adolescente, torna-se comum a violência intrafamiliar, não só de caráter físico, mas também de

caráter sexual, psicológico, social e emocional, podendo levar ao abandono ou à imposição do abortamento (Silva, Lurdermir, Araujo, Valongueiro, 2011).

Gestação Transgeracional e Violência

A transmissão transgeracional é uma forma de se manter a identidade da família, com suas particularidades, peculiaridades e processos que caracterizam a dinâmica funcional familiar. O transgeracional pode se referir a um material psíquico que não foi modificado e nem simbolizado pelo indivíduo. Com isso, a gestação na adolescência pode mostrar o histórico da gravidez nas gerações de suas mães (Cunha & Wendling, 2011). A perpetuação dessa herança psíquica da transgeracionalidade pode ser percebida desde as primeiras interações do indivíduo, é ela que irá construir sua identidade, revelar as expressões da família e trazer à tona os sentimentos que atravessaram gerações.

É a partir da temática *família* que se revela o caráter transgeracional da violência, uma vez que, aprendido este modelo de relação familiar, homens e mulheres tendem a reproduzir a história de violência vivenciada em algum período da sua vida (Gomes, Diniz, Araújo & Coelho, 2007). Assim, o comportamento violento pode ser negado ou naturalizado, considerando que ainda existe permissividade social acerca da violência contra crianças e adolescentes, dificultando a identificação e encaminhamento adequado dessa situação (Martins, Ferriani, Silva, Zahr, Arone & Roque, 2007).

Os discursos das adolescentes E12, E20 e E2 evidencia a gestação transgeracional na adolescência:

Eu não lembro, mas minha mãe me teve com 18 anos, eu não lembro assim como que era porque eu ficava mais com a minha avó lá no quintal...(E12).

Eu sempre falei pra ela que eu não ia ter um filho muito nova assim... como ela. Ela sempre falou: "Não, não faça isso. Seu corpo ainda tá em desenvolvimento e tal", sempre me apoiou. Porque você vê o exemplo dentro de casa. Não tem porque você fazer igual (E20).

Então ela também foi uma adolescente grávida. Eu tava com 17, então, quando eu engravidei, nós dois queríamos né, e depois quando chegou nos cinco meses ele... ele começou a mudar comigo. Começou a ficar agressivo, eu não podia sair mais de casa pra ir... pra ir a lugar algum que ele já... ele chegava em casa, ele já queria me bater, perguntando onde eu tava e o que eu

tava fazendo, e era aquilo. Muitas vezes eu fui parar no hospital porque ele me batia, eu sentia muita dor de cabeça (E2).

A violência é muito complexa por envolver os conteúdos psicológicos e emocionais dos indivíduos, sejam do agressor, de quem está sofrendo a agressão ou dos outros membros da família, além dos aspectos sociais, culturais, familiares e transgeracionais que alimentam essa dinâmica familiar disfuncional perpetuando o sofrimento (Santos, 2015). A família ou casal que apresentam uma dinâmica relacional agressiva e prejudicial, funcionam com um sistema rígido em termos de comunicação, assim afetam a integridade física, moral e emocional de seus membros (Salcedo-Barrientos, Gonçalves, Oliveira Junior, & Egry, 2011).

CONCLUSÃO

O estudo apresenta principais determinantes sociais e necessidades de saúde relacionados com a violência doméstica que poderiam estar influenciando as esferas de saúde, emocional, social e familiar e com repercussão no seu contexto familiar.

Pode-se perceber que durante o processo gestacional, as adolescentes demonstraram grandes modificações, as quais vão desde a não aceitação da gravidez à necessidade de desenvolver a responsabilidade inevitável da maternidade.

No planejamento de ações em saúde, a gestação precoce deve ser encarada para além de ações de prevenção primária e secundária, devendo-se criar espaços de diálogo e reflexão onde seja possível favorecer o empoderamento das adolescentes, família, casal e comunidade, oferecendo ferramentas para que identifiquem e optem por alternativas concretas e autônomas, propiciando a melhor maneira de lidar com as questões relacionadas às suas vidas sexuais e reprodutivas. Diante dessa complexidade, faz-se necessário aprofundar essa temática, agregando a perspectiva de gênero, casal e família para aprofundar a compreensão deste fenômeno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Cunha, V. S., & Wendling, M. I. (2011). Aspectos transgeracionais da gravidez na adolescência na perspectiva de mães e filhas residentes em Parobé e Taquara (RS). *Contextos Clínicos*, 4(1).
Doi: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/4496>

Dias, A. C. G., Patias, N. D., Fiorin P. C., & Dellatorre M. Z. (2011). O significado da maternidade na adolescência para jovens gestantes. *Brasileira História & Ciências Sociais*, 3(6), 153-167. doi: <https://www.rbhcs.com/rbhcs/article/view/111/110>

Egry, E. Y. (1996). *Saúde Coletiva: Construindo um novo método em enfermagem*. São Paulo: Ícone.

Fonseca, D. H., Ribeiro, C. G., Leal, N. S. B. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. (2012). *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 307-314. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000200008>

Gomes, N. P., Diniz, N. M. F., Araújo, A. J. S., & Coelho, T. M. F. (2007). Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. *Acta Paulista Enfermagem*, 20(4), 504-8. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002007000400020>

Martins, P. C. R., Pontes, E. R. J. C., Filho, A. C. P., & Ribeiro, A. A. (2014). Gravidez na adolescência: estudo ecológico nas microrregiões de saúde do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil – 2008. *Epidemiologia Serviço Saúde*, 23(1). doi: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100009>

Martins, C. S., Ferriani, M. G. C., Silva, M. A. I., Zahr, N. R., Arone, K. M. B., & Roque, E. M. S. T. (2007). A dinâmica familiar na visão de pais e filhos envolvidos na violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 15(5), 889-894. doi: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n5/pt_v15n5a01.pdf

Salcedo-Barrientos, D. M. (2015). Estudo da violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas em uma Unidade Básica da Zona Leste de São Paulo: Bases para intervenção. Universidade de São Paulo (USP). Relatório Final. São Paulo, Brasil.

Salcedo-Barrientos, D. M. (2013). Estudo de violência doméstica contra adolescentes grávidas atendidas no Hospital Universitário de São Paulo: Bases para intervenção. Relatório Final de Pesquisa. São Paulo, Brasil. Universidade de São Paulo (USP). (Cnpq).

Salcedo-Barrientos, D. M., Gonçalves, L., Oliveira Junior, M., & Egry, E. Y. (2011). Violência doméstica e enfermagem: da percepção do fenômeno à realidade cotidiana. *Avanços em*

Enfermagem, 29(2), 353-62. doi:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000200014

Salcedo-Barrientos, D. M., Miura, P. O., Macedo V. D., & Egry, E. Y., (2014). Como os profissionais da Atenção Básica enfrentam a violência na gravidez?. *Latino-Americana Enfermagem*, 22(3), 448-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3108.2436>

Santos, N. V. (2015). Traumas psicológicos suscitados por violência de gênero. In M. O. Souza (Org.), *Traumas: significado e significantes* (pp. 88-98). Porto Alegre, RS: Caifcom.

Silva, E. P., Ludermir, A. B., Araújo, T. V. B., & Valongueiro, S. A. (2011). Frequência e padrão da violência por parceiro íntimo antes, durante e depois da gravidez. *Saúde Pública*, 45(6). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102011005000074>

Souza, F. N., Costa, A. P, & Moreira, A. (2011). Questionamento no processo de dados qualitativos com apoio do software WEBDQA. *Eduser: Revista de Educação, Inovação em educação com TIC*, 3(1). doi: https://www.webqda.com/wp_site/wp-content/uploads/2012/06/artigoEduser2011.pdf

EFEITO DO LÍTIO NO CÁLCIO INTRA/EXTRACELULAR EM NEURÔNIOS CORTICAIS E HIPOCAMPAIS¹³⁷

Marcos Costa Gomes de Lima¹³⁸

Profº. Drº. Orestes Vicente Forlenza¹³⁹

Vanessa de Jesus Rodrigues de Paula¹⁴⁰

Resumo

O lítio (Li^+) exerce vários efeitos nas vias de sinalização neuronal, como neuroproteção, e vem sendo utilizado no tratamento de transtorno mentais. O Li^+ favorece a liberação de cálcio (Ca^{2+}), com ativação dos receptores glutamatérgicos metabotrópicos, muscarínicos e colinérgicos. O Ca^{2+} possui uma variedade de processos neuronais com ações intra/extracelulares. *Objetivo:* Analisar o Ca^{2+} intra/extracelular em cultura de neurônios corticais e hipocampus tratados com lítio. *Métodos:* As culturas primárias, foram tratadas após 4 dias em cultura, durante 7 dias, com diferentes concentrações de Li^+ (concentrações de trabalho 0,02mM, 0,2mM e 2mM). Os efeitos do Li^+ , intracelular e extracelular, foram mensurados pelo analisador de eletrólitos no lisado celular e em meio de cultura, respectivamente. *Resultados:* Notou-se, um aumento de Ca^{2+} extracelular em neurônios corticais (11,6%; 14,9% e 16%; 0,02; 0,02 e 2 mM, respectivamente) e neurônios do hipocampo (4,7% e 1% 0,02; 0,02 mM), comparados com o controle. O Ca^{2+} intracelular aumentou no córtex (0,5%, 1% e 4%) e no hipocampo (1,9%, 1,9% e 2,8%). *Conclusões:* O tratamento com doses sub-terapêuticas de Li^+ mostrou-se dinâmico e benéfico nas concentrações celulares de Ca^{2+} , à nível cortical e hipocámpal, efeito relacionado a neurogênese e neuritogênese, eventos importantes que se perdem em transtornos psiquiátricos.

Palavras Chave: Lítio, Cálcio, Neurônios, Tratamento

Introdução

Lítio

¹³⁷ Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP

¹³⁸ 4ª ano de Gerontologia da EACH- USP - marcos.costa.lima@usp.br

¹³⁹ Professor Associado do Departamento de Psiquiatria da FMUSP – forlenza@usp.br

¹⁴⁰ Doutora pelo Departamento de Psiquiatria da FMUSP – vanessaj@usp.br

O Lítio (Li⁺) é um elemento químico presente na natureza, pertencente na tabela periódica ao grupo dos alcalinos, é um elemento nutricionalmente encontrado predominantemente em alimentos de origem vegetal e água potável (Zarse et al., 2011). O Li⁺, está tipicamente presente em todos os órgãos e tecidos humanos, e está igualmente distribuído através da água do corpo, é absorvido a partir do trato intestinal e excretado pelos rins (Zarse et al., 2011). O Li⁺, vem sendo estudado há algumas décadas por diversos pesquisadores e cientistas, por apresentar propriedades benéficas diversas à saúde, doses baixas à níveis micromolares sub-farmacológicas podem afetar a saúde mental dos seres humanos, estando associado à diminuição das taxas de suicídio (Zarse et al., 2011). O carbonato de lítio (Li₂CO₃) é o composto predominantemente utilizado como alternativa terapêutica nas doenças psiquiátricas (Zung, Michelon & Cordeiro, 2010).



Figura 1 – Lítio como elemento químico da tabela periódica, representado inicialmente na forma de rocha, carbonato e fórmula química respectivamente. Fonte: <http://www.taringa.net/post/ciencia-educacion/17004217/El-Litio-como-solo-yo-te-lo-puedo-mostrar.html>, acesso: 10:32, 28/09/2016.

Em 1817 descobriu-se as propriedades de neuroproteção do lítio, sendo este, capaz de induzir vários processos bioquímicos e efeitos moleculares, sobre sinalização de receptores, mediada por neurotransmissores, transdução de sinais, regulação hormonal, transporte iônico e expressão gênica (Cade, 2000). Esses efeitos são amplamente associados com a ativação de caminhos neurotróficos e de neuroproteção, que são os resultados mais replicados pelo tratamento com lítio em humanos e estudos pré-clínicos (De Paula, 2015).

A primeira desordem neurológica no qual se utilizou o lítio como modelo teste, foi o transtorno afetivo bipolar (TAB), mais especificamente no controle agudo de mania. (Zung et al, 2010), revolucionando posteriormente a psicofarmacologia no tratamento de doenças neurológicas (Zung et al, 2010). O lítio tem sido usado como tratamento para diversos transtornos psiquiátricos, esse tratamento é recomendado como linha de frente para tratamento de manias, e para tratamento profilático de episódios depressivos e maníacos. Clinicamente, o lítio é usado em conjunto com outros estabilizadores de humor, antidepressivos e medicamentos

antipsicóticos, facilitando ou prolongando a resposta e a remissão ao tratamento (Goodwin, 2003), também apresentando propriedades anti suicidas (Tondo & Baldessarini, 2009).

Os benefícios apresentados pelo lítio atuam em uma variedade de sistemas bioquímicos, os quais estão envoltos na diferenciação e sobrevivência neuronal. Tal fato justifica os diversos efeitos induzidos por lítio em baixas concentrações estarem envolvido mais com o sistema nervoso central (SNC) do que com o sistema nervoso periférico (SNP) (De Paula, 2015). Esse efeito neuroprotetor do lítio inclui sua afinidade por inibir sinalizações intracelulares de quinases e fosfatases, proteger a indução de apoptose por insultos em cultura de células neuronais e linhagens celulares, influencia na atividade transcricional e expressão gênica e promove diferenciação neuronal e neurogênese no SNC (Chiu & Chuang, 2010). Isso inclui a modulação de caminhos e sistemas de compensação como os autofagolisossomas, que consiste na degradação de proteínas velhas e organelas celulares alteradas (como retículo endoplasmático e mitocôndria) (De Paula, 2015).

Lítio e Transtornos mentais

O lítio, como já descrito anteriormente, possui diversificados efeitos neuroprotetores, os quais inicialmente, a hipótese foi baseada na observação de tratamento crônico com o íon, em concentrações terapêuticas, que aumentava os receptores muscarínicos m3 de acetilcolina, mediados pela produção de segundo mensageiro c-Fos e também expressão de receptores m3 em cultura de células granulares do cerebelo de ratos (Gao, Fukamauchi, Chuang, 1993). Além disso, o lítio também aumenta a atividade de dois fatores de transcrição, o ativador de proteína -1 (AP-1) e proteínas ligante do elemento de resposta a cAMP (CREB), em cultura de fibroblastos e em diferentes estruturas cerebrais, como córtex frontal, amígdala, hipocampo e cerebelo de ratos (Ozaki et al., 2000).

Nas doenças psiquiátricas como DA, TAB, Doença de Huntington (DH), entre outras, o lítio tem vigorado frequentemente como alternativa para atenuação de avanços fisiológicos e/ou sintomatológicos, e até de tratamento terapêutico para tais doenças. Como já previamente descrito a cima, o lítio foi introduzido por John Cade em 1949, para tratamento de transtorno bipolar, e após 15 anos, diversos estudos demonstraram os efeitos neuroprotetores e seus paradigmas neurotóxicos. Estudos experimentais de cultura primária de neurônios utilizando modelos animais para DA e outras doenças tem provado a forte evidência dos benefícios do lítio (Camins et al., 2009).

Por décadas, altas doses de lítio (centenas de miligramas de lítio), têm sido usados para tratar o transtorno bipolar. No entanto, apenas durante os últimos anos, os estudos básicos e clínicos

relevantes têm mostrado que os efeitos neuroprotetores e neurotróficos de lítio podem ser adquiridos utilizando doses muito menores (Pronin, Gogoleva, Torshin, Gromova, 2016). Estes dados indicam um potencial significativo para as aplicações clínicas de medicamentos à base de lítio na neuropsiquiatria moderna, para efeitos de prevenção e tratamento de doenças neurodegenerativas e patologias isquêmicas (Pronin, Gogoleva, Torshin, Gromova, 2016).

Estudos de biologia molecular e farmacológicos, indicam que a inibição de Glicogénio Sintase Quinase-3 (GSK-3), e na indução de fatores neurotróficos derivados do cérebro são os principais mecanismos de ação neurotrófica de lítio. Além disso, através da inibição dos receptores de N-Dimetil-D-Aspartato (NMDA), o lítio regula a homeostase do cálcio e inibe a ativação de apoptoses dependente de cálcio (Pronin, Gogoleva, Torshin, Gromova, 2016). Estes e outros mecanismos moleculares de ação do lítio protege os neurônios de isquemia e neurodegeneração, contribuindo assim para uma redução significativa do déficit neurológico em vários modelos de acidente vascular cerebral e doenças neurodegenerativas (Pronin, Gogoleva, Torshin, Gromova, 2016).

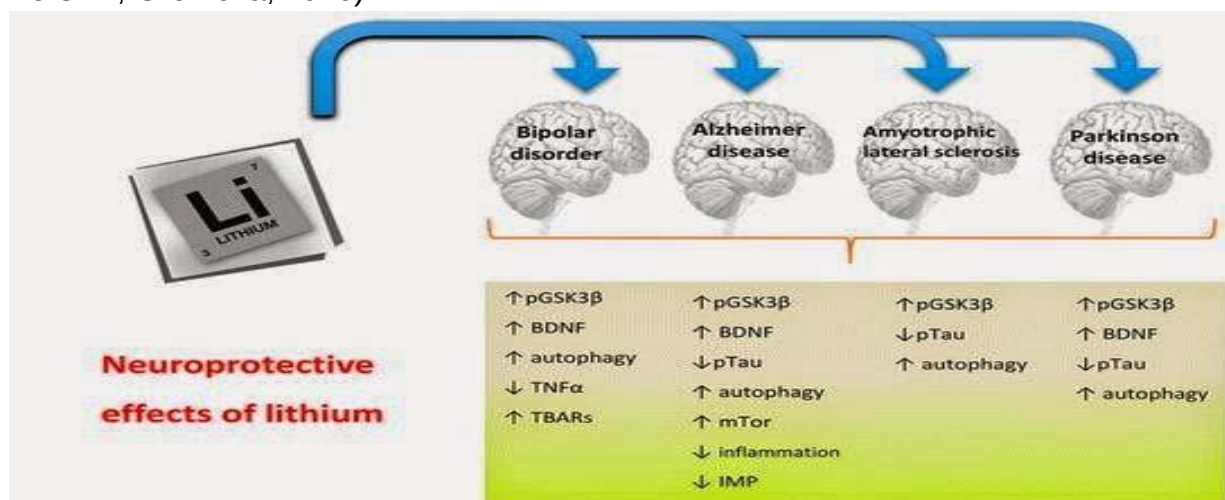


Figura 2

Esquema da ação do lítio e seus efeitos neuroprotetores no Transtorno Bipolar, Doença de Alzheimer, Esclerose Lateral Amiotrófica e Doença de Parkinson. Fonte: Neuroprotective Effects of Lithium: Implications for the Treatment of Alzheimer's Disease and Related Neurodegenerative Disorders O. V. Forlenza, V. J. R. De-Paula, and B. S. O. Diniz pp 443–450 Publication Date (Web): April 25, 2014 (Review).

Lítio e Cálcio

Concentrações de Ca^{2+} intracelular a níveis elevados sustentados por períodos longos de tempo podem causar toxicidade e deterioração celular. Na doença de Alzheimer encontraram-se os níveis de Ca^{2+} intracelular em desregulação, o que levou a hipótese de que o controle intracelular do referido íon, pode prevenir o declínio cognitivo, e controlar os sintomas presentes na demência. Estudos mostraram que o lítio reduz as concentrações intracelulares de Ca^{2+} (Wallace, 2014).

Há dois alvos neuronais bem caracterizados do lítio, que podem afetar a concentração intracelular de Ca^{2+} , os receptores de N-metil-D-aspartato (NMDA) e monofosfatase de inositol (IMP). Resultados de um estudo randomizado recente, controlado por placebo, reafirmou que o tratamento em longo prazo de lítio em doses subterapêuticas pode ter o potencial para retardar a progressão da doença. Outros estudos de observação mostraram que o lítio também reduz a prevalência de demência em indivíduos com a doença bipolar na terapia de longa duração com lítio (Wallace, 2014).

A hipótese de que o lítio pode proteger contra o declínio cognitivo, estabilizando Ca^{2+} intracelular, através de um mecanismo duplo, e de maneira sinérgica de atingir locais extracelulares e intracelulares, antagonizando receptores NMDA e inibindo IMP, pode levar a uma melhor compreensão da patologia molecular da doença de Alzheimer, e têm implicações na avaliação e utilização de terapias que alteram Ca^{2+} à níveis intracelulares (Wallace, 2014).

Objetivo

Avaliar a quantidade de Cálcio intra e extracelular em neurônios corticais e hipocâmpais tratados cronicamente com Lítio.

Objetivos Específicos

- Avaliar se existem alterações nas quantidades de cálcio (intra e extracelular) nas diferentes doses: subterapêuticas (0,02mM e 0,2mM) e terapêutica (2mM) em relação a condição controle (sem tratamento);
- Identificar se existem diferenças nas estruturas cerebrais, córtex e hipocampo, frente aos diferentes tratamentos com lítio.

Justificativa

Os mecanismos que envolvem a via neuronal do Ca^{2+} , sua ação nas vias simpáticas, assim como sua alteração em doenças neurodegenerativas como a DA, por exemplo, descritos em capítulos anteriores, são diversos. O presente trabalho vem com a proposta de investigar as alterações desse íon de maneira intra e extracelular, em neurônios de cultura primária tratados cronicamente com Li^+ , baseados em estudos prévios sobre a ação do Li^+ nas concentrações de Ca^{2+} .

Material e Métodos

Cultura Primária de Neurônios

Preparo dos recipientes de cultura

Culturas de neurônios pós-mitóticos de embriões de ratos foram obtidas segundo protocolo utilizado no nosso grupo (Forlenza et al., 2000). Ratas prenhas (Wistar) fornecidas pelo Centro de Bioterismo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) foram sacrificadas no 18º dia de gestação, obtendo-se assim os embriões com a idade desejada (E18).

Os animais foram sacrificados por meio de guilhotina. Após a assepsia abdominal com álcool etílico diluído em água (70% v/v), utilizando-se instrumentos e luvas cirúrgicas estéreis, extraiu-se, por laparotomia, o saco uterino contendo seus inúmeros embriões (geralmente de 10 a 16). O mesmo foi então acondicionado em placa de Petri estéril e levado para câmara de fluxo laminar, onde seguiu a dissecação dos tecidos, em ambiente asséptico

As etapas de dissecação foram feitas sob lupa de aumento médio (40X), com o auxílio de instrumentos microcirúrgicos. Desse modo, realizou-se a separação dos hemisférios cerebrais, a remoção das membranas meníngeas e a dissecação propriamente dita das formações hipocampus (Figura 3).

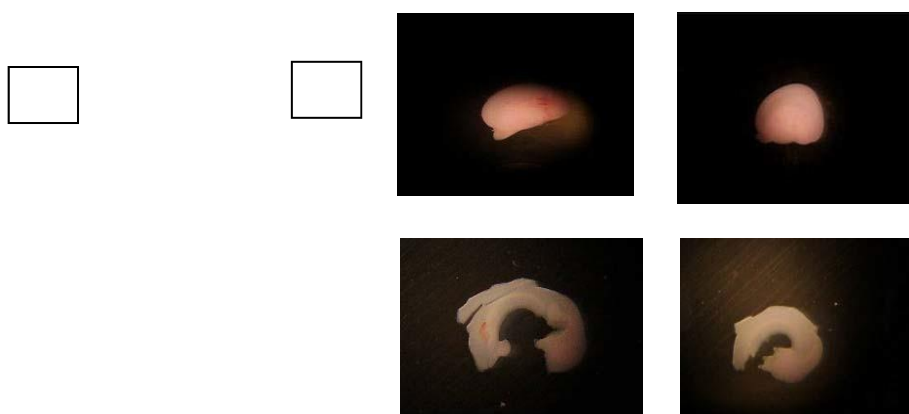


Figura 3 -
estrutura

Dissecação do hemisfério cerebral (A), remoção da meninge (B), remoção da hipocampus (C) e remoção da meninge do hipocampo (D).

Dissecação dos tecidos embrionários

Ratas prenhas (Wistar) foram fornecidas pelo Centro de Bioterismo da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e sacrificadas no 18º dia de gestação, obtendo-se assim os embriões com a idade (E18) desejada. Os animais foram sacrificados por meio de guilhotina.

Após a assepsia abdominal com álcool etílico diluído em água (70% v/v), utilizando-se instrumentos e luvas cirúrgicas estéreis, extraiu-se, por laparotomia, o saco uterino contendo seus inúmeros embriões (geralmente de 10 a 16).

O mesmo foi então acondicionado em placa de Petri estéril e levado para câmara de fluxo laminar, onde se seguiu a dissecação dos tecidos, em ambiente asséptico. Após a remoção das membranas gestacionais, os fetos obtidos foram submetidos à craniotomia occipitofrontal, sendo os respectivos cérebros então removidos com auxílio de espátula, e acondicionados em placa de Petri estéril contendo solução salina balanceada de Hanks aquecida a 37°C.

Avaliação da viabilidade celular

Para a contagem e avaliação da viabilidade celular, foi retirada amostra de 10µl dessa suspensão, diluída 20 vezes em solução contendo 90µl de HBSS e 100µl de corante azul Trypan. Uma alíquota de 10µl dessa nova solução foi então transferida para hemôcitômetro (câmara de Neubauer, Figura 4), sob lamínula de vidro, e observada em microscópio com lente objetiva de 10 aumentos. Foi feita uma estimativa média do número de células não coradas nos quatro campos da câmara de contagem. Cada campo tem área de 1 mm² (correspondente ao conjunto de 16 quadrados cujos lados medem 0,25mm) e deu uma estimativa do número de células em 10⁻⁴ ml de suspensão. Multiplicou-se o número (nº) obtido na contagem pelo respectivo fator de diluição (nº x 20 x 10⁻⁴), inferindo-se assim o número aproximado de células viáveis por mililitro da suspensão celular.

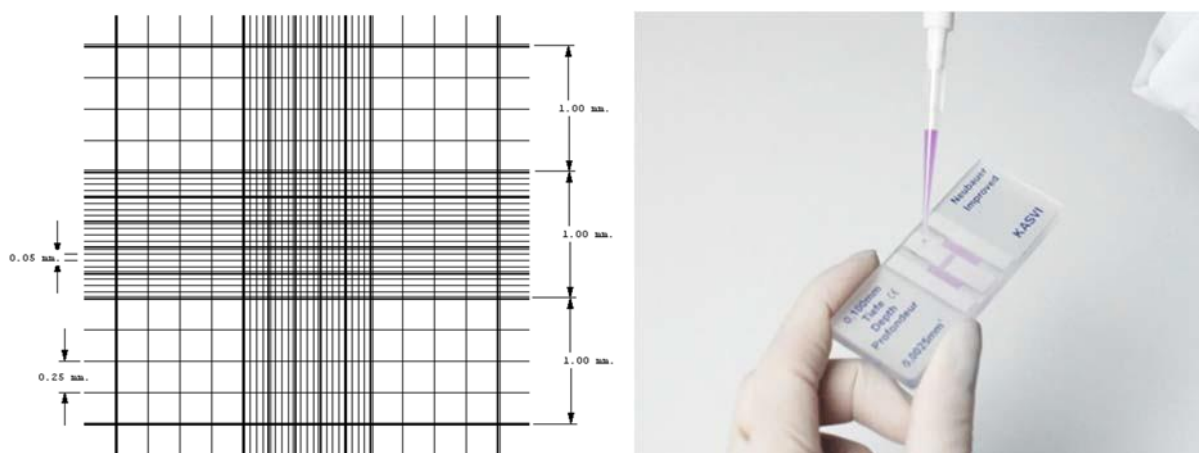


Figura 4 – Representação da câmara de Neubauer, e procedimento de inserção das células em lamínula para contagem. Fonte: http://protocolos3.dominiotemporario.com/page_19.html, 12:00,28/09/2016.

Tratamentos

Foram estabelecidas curvas de inibição da atividade de PLA2 mediante tratamento com LiCl, em neurônios corticais e hipocâmpais do quarto ao décimo segundo dia em cultura. Os tratamentos

foram iniciados após a troca correspondente a metade do volume do meio de cultura de cada placa, adicionando-se então as soluções contendo os inibidores, para perfazerem assim as concentrações de trabalho desejadas. Para as condições-controle, foi realizada a troca da metade do volume do meio de cultura, como de rotina, sendo repostado o meio de cultura fresco.

Análise da Concentração de Ca^{2+}

Para análise da contração iônica do Ca^{2+} , foi utilizado um Analisador de Eletrólitos, que viabiliza a dosagem eletrolítica digital por microprocessamento de Sódio (Na^+), Potássio (K^+), Cálcio Iônico (Ca^{2+}), Cloreto (Cl^-) e Lítio (Li^+), a partir de amostra teciduais, de sangue, soro, plasma, urina diluída, dialisados, soluções aquosas e controle de qualidade.

Resultados e Discussão

A partir da coleta das amostras dos tecidos corticais e hipocampais, realizadas através da técnica de cultura primária de neurônios, e da posterior análise processada pelo Analisador de Eletrólitos, obteve-se alguns dados identificados no gráfico 1. Onde nota-se um aumento de cálcio extracelular em neurônios corticais (11,6%; 14,9% e 16%; 0,02; 0,02 e 2 mM, respectivamente) e neurônios do hipocampo (4,7% e 1% 0,02; 0,02 mM), ambos comparando com o controle.

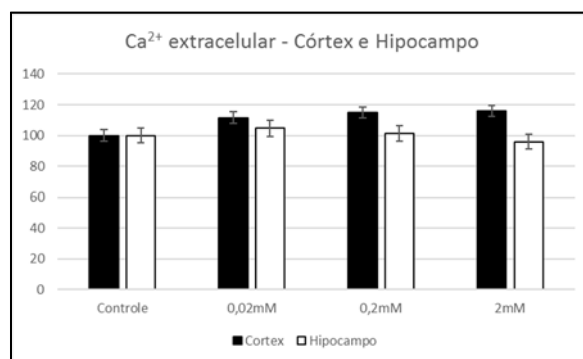


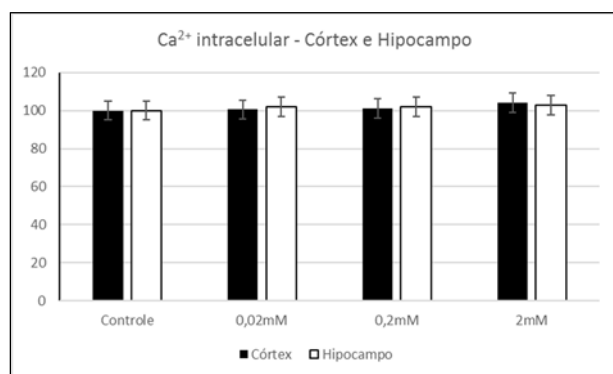
Gráfico 1 – Variação de concentração de Ca^{2+} extracelular de acordo com as dosagens em mM (miliMolar) de Li^+ no tecido cortical e hipocampal.

Os dados obtidos no gráfico 1, pressupõem uma diminuição do Ca^{2+} extracelular no tecido hipocampal tratado com 2mM de Li^+ , quando comparado ao grupo controle, permitindo inferir

significância com dosagens maiores (à cima de 2mM), para obtenção da diminuição e possível redução de toxicidade por Ca^{2+} nas células nervosas com alguma psicopatologia.

Gráfico 2 – Variação de concentração de Ca^{2+} intracelular de acordo com as dosagens em

mM (miliMolar) de Li^+ no tecido cortical e hipocampal.



Já a nível intracelular nos tecidos corticais e hipocampus, não houve significância para o resultado esperado. Os dados obtidos no gráfico 2, revelaram que dosagens de lítio em neurônios corticais, com análise intracelular, a contração de Ca^{2+} apresenta um discreto aumento, que se eleva de acordo com as dosagens de Li^+ .

Conclusão

A importância do Li^+ no tratamento de transtornos mentais é indiscutível, haja vista que seu uso terapêutico, já é realizado e consolidado em pacientes com TAB (Transtorno de Afetividade Bipolar), já em outras psicopatologias, ainda ocorre pesquisas para atestar sua efetividade. O estudo permite inferir que o Li^+ possui propriedades que interferem nas concentrações iônicas de Ca^{2+} a nível intra e extracelular, porém havendo a necessidade de maior investigação quanto à dosagem a ser administrada, já que os dados de resultados variaram quanto ao tipo de tecido em tratamento, dosagem e biologia da célula. O aumento do cálcio em células saudáveis está diretamente associado a neurogênese e neuritogênese, aumentando a viabilidade dos neurônios.

Referências

Cade, J.F. (2000). Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. 1949. *Bulletin of the World Health Organization*, 78:518-20.

Pronin, A.V., Gogoleva, I.V., Torshin, I.Y., & Gromova, O.A. (2016). Neurotrophic effects of lithium

- stimulate the reduction of ischemic and neurodegenerative brain damage. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*.116 (2):99-108;
- Zarse, K., Terao, T., Tian,J., Iwata,N., Ishii, N., & Ristow, M. (2011). Low-dose lithium uptake promotes longevity in humans and metazoans. *European Journal of Nutrition*, 387–389.
- De Paula, V.J.R. (2015). *Efeitos do lítio sobre a expressão e atividade das enzimas fosfolipase A2 e glicogênio sintase quinase 3b e sua relação com o estado de fosforilação da proteína Tau*. Tese doutorado, Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas (IPq-HC), Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Zung, S., Michelon,L., & Cordeiro, Q. (2010). O uso do lítio no transtorno afetivo bipolar. *Arquivos Médicos Hospitalares da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa São Paulo*, 55(1):30-7;
- Goodwin,G.M. (2003). Evidence-Based Guidelines for Treating Bipolar Disorder: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 17: 149-173.
- Tondo, L., & Baldessarini, R.J (2009). Long-term lithium treatment in the prevention of suicidal behavior in bipolar disorder patients. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 18 (3):179-83.
- Chiu, C.T., & Chuang, D.M (2010). Molecular actions and therapeutic potential of lithium in preclinical and clinical studies of CNS disorders. *Pharmacology & Therapeutics*, 128(2): 281–304.
- Gao, X.M., Fukamauchi, F., Chuang, D.M (1993). Long-term biphasic effects of lithium treatment on phospholipase C-coupled m3-muscarinic acetylcholine receptors in cultured cerebellar granule cells. *Neurochemistry International*, 22 (4):395-403.
- Ozaki, M., Tohyama,K., Kishida, H., Buonanno, A., Yano, R., & Hashikawa, T (2000). Roles of neuregulin in synaptogenesis between mossy fibers and cerebellar granule cells. *Journal of Neuroscience Research*, 59 (5):612–623.
- Camins, A., Verdaguer, E., Junyent, F., Yeste-Velasco, M., Pelegrí C., Vilaplana, J., Pallás, M (2009). Potential mechanisms involved in the prevention of neurodegenerative diseases by lithium. *CNS Neuroscience & Therapeutics*.15 (4):333-44;
- Wallace J. (2014). Calcium dysregulation, and lithium treatment to forestall Alzheimer's disease - a merging of hypotheses. *Cell Calcium Journal Elsevier*, 55(3):175-81.

UNIVERSIDADES E INSTITUIÇÕES PARCEIRAS

RESENHA DO LIVRO “O BEBÊ PREMATURO: ATENÇÃO E CUIDADOS

Simone Silva Drigo¹

Ana Paula Magosso Cavaggioni²

Miria Benincasa³

Resumo:

Ao longo das últimas décadas, temos assistido a um aumento significativo de partos prematuros em diversos países do mundo, inclusive no Brasil. A prematuridade constitui um dos fatores mais importantes de mortalidade infantil e de redução da qualidade de vida do indivíduo, sendo o parto prematuro a principal causa de mortalidade infantil até 5 anos de idade em todo o mundo. Este trabalho apresenta uma resenha do livro “O bebê prematuro: atenção e cuidados”, que aborda de maneira interdisciplinar, tendo como base a teoria psicanalítica, as dificuldades encontradas por muitos desses bebês, cujos órgãos têm suas funções comprometidas pela interrupção ou redução da maturação ao nascer e muitas vezes nascem com um peso abaixo do esperado. Os prematuros podem apresentar, ao longo da vida, sequelas motoras, cognitivas, sensoriais e comportamentais, mostrando-se mais propensos a apresentarem certas dificuldades em seu desenvolvimento, como déficits sensoriais e mentais, problemas de comportamento, atraso no desenvolvimento da linguagem, problemas emocionais, dificuldades sociais e de relacionamento, podendo no futuro apresentar distúrbios de aprendizagem, déficits de atenção e de coordenação motora, problemas de comportamento e dificuldade de fala. Os autores concluem que é fundamental o desenvolvimento de intervenções interdisciplinares para o cuidado integral do bebê nascido prematuro.

Palavras-chave: Bebê, Psicanálise, Interdisciplinar, Prematuridade

Tema

Este trabalho trata-se da resenha do livro homônimo, que reúne capítulos escritos por profissionais que compõem uma equipe interdisciplinar que desenvolve seu trabalho tendo como base a teoria psicanalítica, com objetivo de oferecer, a pais e profissionais

¹ Graduada em Psicologia pela UNIFESP, pós-graduação em Neuropsicologia pelo HC-FMUSP.

² Graduada em Psicologia pela UMEP, mestranda em Psicologia da Saúde pela UMEP

³ Doutora em Psicologia do Desenvolvimento Humano pela USP, professora do Programa de Pós Graduação da UMESP

envolvidos nos cuidados com prematuros, informações advindas da experiência clínica e de pesquisas atuais nacionais e internacionais, e que podem auxiliar na atenção e cuidados com esses bebês.

Introdução

Ao longo das últimas décadas, temos assistido a um aumento significativo de partos prematuros em diversos países do mundo, inclusive no Brasil. Todo ano nascem 15 milhões de bebês prematuros no mundo todo. De acordo com o Ministério da Saúde, são quase 350 mil nascimentos antecipados por ano no Brasil, 11,7% do total, o dobro do índice de alguns países europeus. Os cerca de 40 partos prematuros por hora que acontecem no Brasil, nos coloca entre os 10 países com maior número de partos prematuros no ranking mundial de prematuridade, principalmente devido a fatores como doenças maternas, gestação na adolescência ou tardia, pré-natal deficitário, entre outros. As regiões mais afetadas são o Sul e o Sudeste, com taxas de nascimentos prematuros de 12% e 12,5%, respectivamente (ONUBR, 2013).

Metade dos partos que ocorrem antes de 37 semanas de gestação têm causas desconhecidas, e a outra metade acontece em função de doenças maternas, gestação na adolescência ou acima dos 35 anos, altos índices de cesáreas eletivas, fertilizações *in vitro*, pré-natal deficiente, entre outras causas. Este bebê não completou sua maturação e ficou privado de importantes processos de desenvolvimento cerebral que ocorrem nas três últimas semanas de gestação no útero materno (Cardoso-Demartini, Bagatin, Silva & Boguszewski, 2011).

Esses bebês, cujos órgãos têm suas funções comprometidas pela interrupção ou redução da maturação ao nascer e muitas vezes nascem com um peso abaixo do esperado, podem apresentar sequelas motoras, cognitivas, sensoriais e comportamentais. Embora grande parte deles não desenvolva alterações neurológicas graves, estão mais propensos a apresentar certas dificuldades em seu desenvolvimento, como déficits sensoriais e mentais, problemas de comportamento, atraso no desenvolvimento da linguagem, problemas emocionais e dificuldades sociais e de relacionamento, podendo no futuro apresentar distúrbios de aprendizagem, déficits de atenção e de coordenação motora, problemas de comportamento e dificuldade de fala. Estas disfunções comprometem o sucesso escolar e persistem até a vida adulta. Além disso, devido ao sistema imunológico imaturo, podem adoecer mais

facilmente (Ortenstrand, Westrup, Brostrom, Sarman, Akerstrom, Brune, ... Waldenstrom, 2010)

A prematuridade constitui um dos fatores mais importantes de mortalidade infantil e de redução da qualidade de vida do indivíduo, sendo o parto prematuro a principal causa de mortalidade infantil até 5 anos de idade em todo o mundo. De acordo com o Ministério da Saúde (2011), a cada 30 segundos 1 bebê morre em consequência do parto antecipado no Brasil. O país precisa aumentar em 30% a oferta de leitos neonatais para atender à recomendação do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), que é de 4 leitos de UTI para cada mil bebês nascidos vivos.

Ao mesmo tempo, os bebês prematuros não raro necessitam de cuidados intensivos. Estes, constituem um fator importante de estresse para o bebê e sua família, já que os bebês precisam ser separados dos pais logo após o nascimento e na maioria das vezes encaminhados para a unidade de tratamento intensivo (UTI) neonatal (Elckman, Emond & Lima, 2016).

O parto prematuro é comumente um fator de estresse para os pais, gerando sentimentos como medo, angústia, ansiedade, culpa e frustração, que podem levá-los a condutas de isolamento e dificuldade em oferecer aconchego ao bebê. Além disso, os pais sentem-se assustados, deslocados e excluídos frente ao ambiente tecnológico da UTI neonatal, o que pode atrasar seu envolvimento nos cuidados com o filho, comprometendo o sucesso das primeiras e mais precoces relações pais-bebê, que constituem a base de seu desenvolvimento (Bernardino, 2008; Goldstein, 2013). Por tudo isso, o bebê prematuro necessita de um cuidado redobrado e um acompanhamento cuidadoso por parte de pais e de profissionais capacitados.

É fundamental identificar os fatores de risco no desenvolvimento biológico e funcional desses bebês, de forma a atuar no sentido da prevenção e tratamento de distúrbios do desenvolvimento infantil, tanto através da indicação precisa de eventuais intervenções que se façam necessárias, como da orientação aos pais, que muitas vezes não recebem as informações e o apoio necessário. O nascimento de um prematuro deixa sequelas psicológicas permanentes para os pais e pode acarretar sequelas de saúde para os bebês, podendo ser estes danos incapacitantes (Ortenstrand, Westrup, Brostrom, Sarman, Akerstrom, Brune, ... Waldenstrom, 2010). Grande parte desses partos poderia ser evitada através de informação (campanhas de prevenção). É essencial que sejam realizadas ações que chamem atenção para o problema e que promovam seu enfrentamento.

Está evidente que a desinformação sobre o tema é um fator decisivo para índices tão elevados de prematuridade no nosso país. Ainda assim, muito pouco tem se falado ou feito para mudar essa realidade. O livro “O bebê prematuro: atenção e cuidados”, objeto deste trabalho, oferece uma visão interdisciplinar, referenciada pela psicanálise, sobre a prematuridade e suas particularidades, com informações embasadas cientificamente, colaborando efetivamente para diminuir a desinformação de pais e profissionais envolvidos em seus cuidados.

Desenvolvimento do tema

O livro “O bebê prematuro: atenção e cuidados” aborda o desenvolvimento e as necessidades do prematuro considerando seus aspectos biopsicossociais. O desenvolvimento do bebê inicia-se no momento da concepção. Desde o início da gravidez é fundamental um adequado acompanhamento pré-natal, para controlar a evolução da gestação e assim garantir a qualidade do desenvolvimento do feto e a saúde materna e, posteriormente, da puericultura, visando tanto identificar agravos à saúde que necessitem de intervenção precoce quanto contribuir para o desenvolvimento de atitudes saudáveis. A alimentação adequada da gestante e do bebê, os hábitos de higiene, os exercícios físicos e o zelo com as relações familiares devem ser objeto de preocupação da equipe de saúde que assiste a gestante e, posteriormente a dupla mãe bebê, particularmente do obstetra e do pediatra (Barrios, 2916).

A prematuridade é um quadro inesperado, colocando pais e familiares diante de uma situação que foge de tudo o que foi imaginado e idealizado. Quando o parto é antecipado, a mãe é privada de vivenciar as etapas finais da gestação, precisando lidar de forma prematura com o bebê. Este, por sua vez, frágil e absolutamente dependente de equipamentos tecnológicos e de uma equipe de saúde, num ambiente hostil, é mantido muitas vezes afastado de sua mãe e de seus familiares (Drigo, 2016).

É incontestável o papel da família e sua importância no prognóstico do desenvolvimento de bebês prematuros, que tanto pode ser positivo, diminuindo os efeitos das lesões pós-natais ou servindo de estímulo ao desenvolvimento saudável, quanto negativo, como nos casos de negligência e maus tratos, que agravam a condição disfuncional inicial. A família que vivencia o parto prematuro necessita do apoio da equipe hospitalar e de um espaço para ser ouvida, compreendida, e incentivada a participar da rotina da UTI neonatal, pois o que está em jogo não é só

salvar a vida do bebê, mas também contribuir para a formação de uma relação afetiva mais sólida entre ele e a mãe (Barrios, 2016; Cavaggioni, 2016).

O vínculo do bebê com seus pais, mais especificamente com sua mãe, trata-se do mais forte de todos os laços humanos, e a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe é fundamental para a saúde mental do recém-nascido. É essencial para o bebê sentir-se amado e acariciado pelos pais, e ele precisa vivenciar a experiência do toque para entender o que é carinho. No nascimento prematuro, apesar da urgência dos cuidados médicos, não se pode desconsiderar a necessidade do desenvolvimento do bebê enquanto sujeito psíquico (Cavaggioni, 2016; Drigo, 2016).

O recém-nascido percebe, apreende e se relaciona com o ambiente a sua volta, sendo sensível às experiências desde a vida intrauterina, e as experiências originais vividas podem dar lugar a uma vida mental saudável ou a situações de sofrimento psíquico, segundo a qualidade das primeiras relações estabelecidas, que possuem uma influência determinante também sobre os outros aspectos do desenvolvimento. (Cavaggioni, 2016; Drigo, 2016). Na urgência que envolve o nascimento prematuro, predomina a preocupação com a sobrevivência do bebê, desconsiderando-se os fatores emocionais e psíquicos que interferem no estabelecimento da relação pais-bebê. É, porém, preciso ter em mente que o cuidado com o prematuro não consiste apenas em promover sua sobrevivência, mas em garantir sua saúde mental, cuidando especialmente da constituição dos primeiros vínculos entre pais e bebê. A preocupação com esta questão é mais do que justificada, em primeiro lugar porque temos assistido a um aumento assustador da incidência de transtornos psicopatológicos da infância, e em segundo lugar porque os bebês prematuros apresentam maior risco de apresentar entraves em seu desenvolvimento psíquico, que persistem até a vida adulta (Cavaggioni, 2016).

Uma das primeiras e principais vias de interação e contato entre a mãe e o bebê se dá através da amamentação. A amamentação engloba não apenas o ato de alimentar o bebê, mas incide diretamente em aspectos como o desenvolvimento psicomotor, cognitivo, emocional e psíquico. E, sem dúvida, constitui a melhor maneira de alimentar o lactente, criando uma base para um bom desenvolvimento biológico e emocional da criança. O aleitamento materno não apenas fornece o alimento ideal para o bebê, como colabora com o funcionamento imunológico, favorece as habilidades oro- motoras e o desenvolvimento craniofacial e dos órgãos fonoarticulatórios. Além disso, o impacto da amamentação no desenvolvimento emocional e na constituição subjetiva do

bebê permite o estabelecimento de um vínculo fundamental deste com sua mãe (Bronzatti & Cavaggioni, 2016).

A ocorrência do parto prematuro pode causar inúmeros entraves ao aleitamento materno, criados pela eventual necessidade de internação em UTI neonatal e a consequente separação física entre os pais e seu bebê. A importância do leite materno torna imprescindível a utilização de alternativas para que esse bebê seja alimentado, objetivando sempre protegê-lo, apoiá-lo e promover seu desenvolvimento. Desta forma, faz-se necessária uma rigorosa avaliação por uma equipe interdisciplinar, para escolher a melhor técnica de aleitamento para cada caso, isto é, daquela que favoreça o mais rapidamente possível o contato físico entre a mãe e o bebê e assim assegure a constituição do vínculo primordial entre os dois (Bronzatti & Cavaggioni, 2016).

O brincar também é uma forma fundamental de interação do bebê com seus pais e com o meio que o cerca. O bebê, desde o momento que nasce, apresenta um brincar primitivo, explora o ambiente observando e, mais tarde, criando hipóteses, fazendo experimentos, testando, estabelecendo categorias, comparações e tirando conclusões. E assim adquire informações para a construção do eu psíquico e de sua relação com o meio, além de contribuir para o desenvolvimento emocional, da coordenação perceptivomotora, da linguagem e da concentração (Mendonça, 2016).

O período compreendido entre o nascimento até os três anos de idade fornece a base do desenvolvimento do ser humano. É neste período que milhares de conexões neurais são estabelecidas, culminando com a aquisição da linguagem e o início do pensamento. Quanto menor o tempo que o bebê passa no útero, maiores podem ser as complicações no desenvolvimento, nos aspectos cognitivos ou de aprendizagem, motores, de linguagem, sociais e emocionais (Crippa, 2016; Cavaggioni, 2016).

A prematuridade acarreta alguns distúrbios do desenvolvimento que muitas vezes só serão percebidos nas fases pré-escolar e escolar, quando as crianças que nasceram antes do termo podem apresentar um desempenho inferior em termos de motricidade fina. É sabido que a linguagem e o comportamento adaptativo e socioemocional são as áreas mais frequentemente afetadas, o que exige a utilização de mecanismos que ajam no cérebro para propiciar o desenvolvimento e uma melhor adaptação (Crippa, 2016).

Ao falar de linguagem, devemos considerar tanto a linguagem receptiva quanto a expressiva. Considerando a linguagem receptiva, ressalta-se a audição como um sentido essencial para a criança. Ela permite a percepção de alerta sobre a presença de perigos no ambiente, possibilita a segurança e o conforto emocional, mesmo no

escuro ou em situações sem contato visual com a mãe, e é essencial para o desenvolvimento da fala. Esse sentido é uma via de entrada que nos mantém conectados com o meio desde o ventre materno e constitui o canal de comunicação do bebê com a mãe, desde o útero, além de ser uma via de reforço do vínculo mãe-bebê. Mas enquanto as conquistas do desenvolvimento motor e da linguagem expressiva são facilmente observáveis, o desenvolvimento da audição não é tão fácil de se perceber (Andrade, 2016).

A prematuridade e o baixo peso ao nascer engendram vários fatores que podem causar danos ao sistema auditivo ou atrasos no desenvolvimento da audição e tornam a criança mais suscetível a alterações na linguagem. As crianças nascidas prematuras apresentam maior ocorrência de atraso na linguagem expressiva, apresentam vocabulário expressivo significativamente menor e, aos 12 meses de idade, apresentam desempenho linguístico muito inferior ao das crianças nascidas a termo, condições que prejudicam o aprendizado escolar e que podem persistir até a vida adulta (Andrade, 2016; Crippa, 2016).

As condições interacionais para o desenvolvimento da linguagem, particularmente nos primeiros anos de vida da criança, são decisivas, pois a interação social e as trocas comunicativas entre a criança e seus interlocutores são pré-requisitos para o desenvolvimento da linguagem. Das condições ambientais do bebê prematuro, dependerá o desenvolvimento de suas capacidades mentais, estando o desenvolvimento futuro da criança associado à saúde neonatal do bebê, a variáveis do ambiente familiar e a programas de intervenção precoce para detecção, atenuação e se possível reversão de problemas (Crippa, 2016).

A estimulação do bebê, em todos os seus aspectos, se dá por meio de atividades cotidianas realizadas com os pais. A rotina com um bebê pequeno já é pesada, e se uma lista de estimulações ainda for adicionada às tarefas que os pais precisam realizar, corre-se o risco tanto de alimentar a sensação de que a criança está fadada a ter problemas de desenvolvimento, como de impedir que haja tempo e condições dos pais interagirem de forma espontânea e livre com seu filho. Por outro lado, atividades que fazem parte da rotina da família, como dar colo, dar banho e trocar a roupa do bebê constituem oportunidades para se introduzir estímulos que proporcionarão o desenvolvimento deste último, estimulando a visão, a parte motora, nomeando objetos e introduzindo conceitos. Da mesma forma, a alimentação pode ser usada como fonte de estimulação, já que a criança, quando aprende as propriedades dos materiais ao se

alimentar, também aprende a planejar sua ação e corrigir sua coordenação para cada tipo de utensílio ou objetivo de exploração (Nosella, 2016).

Para assegurar a construção de conhecimentos, experiências e situações que possam desenvolver o raciocínio das crianças, é preciso permitir que elas manipulem utensílios do seu dia a dia e objetos de materiais e cores diversos que também integram o mundo dos adultos. Isto se aplica a todas as crianças, mas com as que apresentam algum risco de atraso no desenvolvimento, como as prematuras, a atenção deve ser redobrada (Nosella, 2016; Sartori, 2016).

Porém, não são todos os pais que podem participar ativamente do dia-a-dia de seus bebês. Hoje vivemos uma realidade em que há elevada demanda por instituições como as creches, que apoia as mães que trabalham e se voltam à compreensão das necessidades da criança em seu processo de desenvolvimento e aprendizagem. Com essa mudança de perspectiva o educador que atua na creche precisa ser esclarecido a respeito de seu papel profissional, que é o de formar pequenos cidadãos, desenvolvendo sua humanidade e promovendo a formação integral da pessoa. As crianças prematuras necessitam de estímulos e acompanhamento diários para se desenvolver plenamente. (Silva e Demarchi, 2016).

O comportamento dos pais e a forma como lidam com a prematuridade são fatores importantes para o desenvolvimento da criança, assim como o acompanhamento por pediatras e por uma equipe interdisciplinar formada por profissionais qualificados - pediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas e nutricionistas, entre outros - para identificar precocemente sinais de déficit no desenvolvimento e crescimento e para sejam realizadas as intervenções a tempo, necessárias pelo menos durante os três primeiros anos de vida (Cavaggioni, Mendonça & Crippa, 2016).

Conclusão

O aumento assustador que temos presenciado ao longo das últimas décadas na incidência de diagnósticos psicopatológicos da infância e adolescência torna urgente o desenvolvimento de ações de prevenção primária e secundária e de promoção de saúde mental na clínica de 0 a 3 anos, programas de acompanhamento interdisciplinar e de intervenção a tempo voltado a bebês e crianças pequenas, que propicie um espaço de escuta e acolhimento das angústias e ansiedades presentes nas relações pais-bebê e no qual a criança seja acolhida e compreendida como um sujeito desejante, que tem algo a dizer a respeito de si para alguém que possa escutá-la.

O livro “O bebê prematuro: atenção e cuidados” colabora para a disseminação de informações relevantes acerca do bebê nascido prematuro, o qual, por sua imaturidade ao nascer, é considerado de risco para a ocorrência de problemas em seu desenvolvimento. As autoras destacam o enfoque interdisciplinar como o mais indicado para tratar o bebê prematuro, dado que, para apreender o bebê em sua totalidade, é imprescindível o olhar de uma equipe interdisciplinar, capacitada a ver e ouvir o que o bebê comunica. Nesta perspectiva, a psicanálise como teoria norteadora, atua como uma linha que costura os variados saberes da equipe, entrelaçando-os e impedindo que os integrantes se percam nas especificidades de cada especialidade, em vez disso atuando como uma orquestra que facilita o desenvolvimento global do indivíduo.

Referências

- Andrade, M.J.L. (2016). A audição do bebê prematuro. In: Cavaggioni, A.P.M. (Org.). *O bebê prematuro: atenção e cuidados* (pp.85-98). Santo André, SP: Writers.
- Barrios, S. R. L. (2016). O desenvolvimento do bebê prematuro. In: Cavaggioni, A.P.M. (Org.). *O bebê prematuro: atenção e cuidados* (pp.19-32). Santo André, SP: Writers.
- Bernardino L. M.F. (2008). É possível uma clínica psicanalítica com bebês? In Kupfer MCM, Teperman D, editor. *O que os bebês provocam nos psicanalistas* (pp. 13-30). São Paulo, SP: Editora Escuta.
- Brasil (2011). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. 4(ii). Recuperado de: http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf, Acesso em 6 de nov. 2016.
- Bronzatti, A.P.L., & Cavaggioni, A.P.M. (2016). Dificuldades na amamentação do bebê. In: Cavaggioni, A.P.M. (Org.). *O bebê prematuro: atenção e cuidados* (pp.65- 74). Santo André, SP: Writers.
- Cardoso-Demartini, A. A., Bagatin, A. C., Silva, R.P.G.V.C., & Boguszewski, M.C.S. (2011). Crescimento de crianças nascidas prematuras. *Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia*, 55(8), 534-540. doi: [10.1590/S0004-27302011000800006](https://doi.org/10.1590/S0004-27302011000800006)
- Cavaggioni, A.P.M. (2016). Aspectos do desenvolvimento psíquico do prematuro. In: Cavaggioni, A.P.M. (Org.). *O bebê prematuro: atenção e cuidados* (pp.43-64). Santo André, SP: Writers.
- Cavaggioni, A.P.M., Mendonça, F.S., & Crippa. R.A. (2016). Prevenção primária e

- secundária na clínica de 0 a 3. In: Cavaggioni, A.P.M. (Org.). *O bebê prematuro: atenção e cuidados* (pp.147-169). Santo André, SP: Writers.
- Crippa, R.A. (2016). A linguagem do bebê prematuro. In: Cavaggioni, A.P.M. (Org.). *O bebê prematuro: atenção e cuidados* (pp.99-108). Santo André, SP: Writers.
- Drigo, S.S. (2016). Afetividade mãe-bebê na prematuridade. In: Cavaggioni, A.P.M. (Org.). *O bebê prematuro: atenção e cuidados* (pp.33-42). Santo André, SP: Writers.
- Goldstein, L.A. (2013). Family Support and Education. *Phys Occup Ther Pediatr* 33(1): 139-161.
- Mendonça, F.S. (2016). A importância do brincar no desenvolvimento do bebê. In: Cavaggioni, A.P.M. (Org.). *O bebê prematuro: atenção e cuidados* (pp.75-84). Santo André, SP: Writers.
- Nações Unidas no Brasil – ONUBR. (2013). *Com apoio da Unicef, estudo faz alerta sobre o nascimento de bebês prematuros no Brasil*. Recuperado de: <https://nacoesunidas.org/com-apoio-do-unicef-estudo-faz-alerta-sobre-nascimento-de-bebes-prematuros-no-brasil/>
- Nosella, V.D. (2016). O uso da rotina para estimular o bebê. In: Cavaggioni, A.P.M. (Org.). *O bebê prematuro: atenção e cuidados* (pp.109-122). Santo André, SP: Writers.
- Ortenstrand A, Westrup B, Brostrom EB, Sarman I, Akerstrom S, Brune T, ..., & Waldenstrom U (2010). **The Stockholm Neonatal Family Centered Care Study: effects on length of stay and infant morbidity.** *Pediatrics*. **125**:e278-e285.
- Sartori, A.B.O. (2016). O que devemos observar no desenvolvimento da inteligência. In: Cavaggioni, A.P.M. (Org.). *O bebê prematuro: atenção e cuidados* (pp. 123-138). Santo André, SP: Writers.
- Silva, D.C., & Demarchi, T.R.C. (2016). A creche no desenvolvimento dos prematuros. In: Cavaggioni, A.P.M. (Org.). *O bebê prematuro: atenção e cuidados* (pp. 139-146). Santo André, SP: Writers.

GRUPOS DE PAIS-BEBÊS: UMA INTERVENÇÃO INTERDISCIPLINAR EMBASADA NA PSICANÁLISE

Ana Paula Magosso Cavaggioni⁴

Simone Drigo⁵

Miria Benincasa⁶

Manoel Morgado Rezende

Resumo

Tendo em vista o aumento alarmante na incidência das psicopatologias da infância e adolescência ao longo da última década, faz-se fundamental o desenvolvimento de programas de promoção de saúde e prevenção de doença mental voltados aos cuidados do bebê e suas famílias. Este artigo apresenta a experiência de trabalho de um grupo terapêutico composto por bebês nascidos prematuros tardios e seus pais, a partir da Proposta do Programa Grão de Areia - uma intervenção terapêutica interdisciplinar, em um espaço de convivência oferecido à grupos de bebês de 0 a 36 meses e suas famílias, inspirada no modelo da *Maison Verte*, adaptado à situação clínica. Com base na análise de uma vivência grupal, são discutidos aspectos referentes à importância do grupo no trabalho terapêutico de bebês e seus pais, cujo exercício clínico segue a perspectiva teórica psicanalítica através da Metodologia IRDI.

Acrescentar uma conclusão

Palavras-chave: Psicanálise, Interdisciplinar, Saúde Mental, Bebês

Introdução

Atualmente acompanhamos um aumento alarmante da incidência dos diagnósticos psicopatológicos da infância baseados nos critérios do Manual Diagnostico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM V) e da Classificação Internacional das Doenças (CID 10). Os relatórios da OMS (2001) apontam incidência de 10 a 20% destes transtornos na infância, afirmando ainda que os transtornos mentais durante a infância e adolescência são comuns, mas é insuficiente a atenção dada a esta população tanto em relação ao diagnóstico quanto ao tratamento. Estima-se, ainda, que 15 a 20% das crianças que frequentam consultas pediátricas de rotina apresentam um diagnóstico psicopatológico.

-
1. Graduada em Psicologia pela UMESP, mestranda em Psicologia da Saúde pela UMESP.
 2. **Graduada** em Psicologia pela UNIFESP, pós-graduação em Neuropsicologia pelo HC-FMUSP
 3. Pós-doutor em Psicologia da Saúde pela Universidade do Algarve – UALg, professor do Programa de Pós Graduação da UMESP.

É diante deste quadro e da necessidade de melhorar e ampliar o atendimento desta população através de ações voltadas à prevenção e promoção de saúde mental que teve início o Programa Grão de Areia, um dispositivo de grupo terapêutico desenvolvido na CLIA Psicologia, Saúde & Educação, na cidade de Santo André (SP), cujo principal objetivo é acompanhar o desenvolvimento global de bebês de zero aos 36 meses de idade, nascidos ou não em situação de risco, contemplando seu bem estar físico, social e psíquico. Além disso, oferece suporte às suas famílias através de programas terapêuticos e psicoeducativos, de maneira a favorecer, facilitar e estimular os laços entre pais e filhos, com o apoio de uma equipe interdisciplinar embasada na psicanálise.

Inspirado na Metodologia IRDI (Kupfer e Pesaro, 2012) e no modelo clínico da *Maison Verte* (Dolto, 2005) o trabalho no Programa Grão de Areia consiste no oferecimento de um espaço lúdico voltado a bebês acompanhados de seus pais, ou cuidadores principais, livre de qualquer diretriz educativa ou pedagógica. Neste espaço é possível falar com a criança sobre o que a interessa, tanto através da fala dos pais como de suas ações e comportamentos, buscando auxiliá-la na dissolução de entraves e dificuldades em sua constituição psíquica, responsável, em última instância, pela organização de seu desenvolvimento global (Jerusalinsky, 2002).

Como na *Maison Verte* - ONG francesa que propõe um espaço de convivência no qual bebês de 0 a 36 meses e seus pais podem ser auxiliados no processo de integração social através da inserção de palavras onde existem rupturas e entraves - no Grão de Areia estão presentes sempre 3 profissionais no acolhimento aos participantes, envolvendo, além do psicanalista, profissionais das áreas da psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e nutrição, cujos saberes são entrelaçados através da psicanálise. O psicanalista é o membro referência da equipe, presente em todos os encontros, juntamente com mais dois outros profissionais que se revezam ao longo das semanas e garantem uma flexibilização na relação de transferência, bem como a emergência da transferência para a instituição e para o próprio grupo.

A Metodologia IRDI (Kupfer e Pesaro, 2012) - que propõe o acompanhamento sistemático do desenvolvimento infantil pelo psicanalista, através dos encontros e desencontros do bebê e seu cuidador, orientado pelos Indicadores de Risco de Desenvolvimento Infantil (IRDIs) - adaptada ao ambiente clínico e aplicada na observação das relações bebê-pais-grupo, oferece o suporte ao olhar e às intervenções dos profissionais neste espaço grupal lúdico. No Grão de Areia, a dinâmica do encontro é sempre determinada pelo grupo, que decide do que brincar, do que falar, o que fazer, o que garante a aplicação da regra fundamental da psicanálise: a associação livre. A frequência

dos encontros realizados é semanal, e cada grupo é composto por no mínimo duas e no máximo 8 famílias, o que permite aos profissionais que acolhem estas famílias realizarem a leitura e o acompanhamento dos IRDIs (Kupfer et al, 2009) de cada bebê.

Os encontros são divididos em dois momentos. O primeiro, de vivências grupais junto aos bebês e seus pais/cuidadores principais, com objetivo de promover possibilidades de interações entre estes e entre os outros membros do grupo. No segundo, os pais dirigem-se para um trabalho de grupo terapêutico e psicoeducativo com objetivo de impactar o empoderamento de sua parentalidade, enquanto os bebês permanecem em interação lúdica com os terapeutas.

A prática da psicoterapia de grupo, compreendida aqui como a aplicação de técnicas psicoterapêuticas a um grupo de pacientes como instrumento de mudança e cura, vem demonstrando ao longo dos anos sua eficácia no auxílio do tratamento dos problemas emocionais (Vicentin e Terzis, 2011). Segundo Lancetti (1995), a experiência grupal não apenas permite múltiplas expressões dos sujeitos envolvidos, como oferece um espaço para a emergência da solidariedade e de produção de singularidade que ganha força no encontro com o outro. E os bebês, desde uma idade muito precoce, são capazes de interagir, seja através do olhar, do toque, do sorriso, do balbucio ou de seus gestos.

Winnicott (1951/1975) considera o grupo uma conquista do *self*, cujo desenvolvimento encontra-se na dependência de um ambiente suficientemente bom, composto pela mãe e o grupo que os rodeia, o qual também fornece o *holding*, ou sustentação, a esta mãe. A interação realizada pelos bebês consiste num espaço de potencial regulação entre os membros do grupo, de modo que se configura um campo interacional, não necessariamente intencional, mas que provoca modificação mútua no comportamento. O papel dos pais no desenvolvimento é destacado por vários autores, e é a partir desses vínculos afetivos desenvolvidos na relação que se dá o processo de subjetivação e constituição psíquica (Winnicott, 1965/2005).

O objetivo do grupo é oferecer *holding* a pais e bebês, favorecendo a revisão das funções parentais em vistas das necessidades do bebê, propiciando a possibilidade de um ambiente novo e reparador. Assim, o sintoma inicialmente relatado pelos pais é encarado como um nó, um entrave que pode ser superado ou minimizado no trabalho grupal impactando positivamente na comunicação e no desenvolvimento (Setton e Callia, 2012)

Segundo Winnicott (1941/2000), bebês muito pequenos já são capazes de repetir, na transferência, experiências vividas e fantasias inconscientes. A transferência para a experiência do grupo de ansiedades relacionadas aos vínculos iniciais e atuais permite, portanto, a ressignificação e a continência dessas ansiedades, tanto dos pais como dos

bebês. Desta forma, os pais podem desenvolver sua capacidade de tolerar tanto seus próprios estados emocionais, como os do bebê, aprendendo com a experiência emocional e estando em melhores condições de suprir as necessidades básicas da criança. O grupo terapêutico se configura, então, num ambiente propício ao trabalho de promoção da saúde e prevenção de doença mental na clínica com crianças de 0 a 3 anos (Bechelli e Mendes de Almeida, 2012).

Objetivo

Este artigo tem como objetivo, através do relato de um fragmento clínico, relatar a experiência com o grupo piloto realizado na pesquisa “Acompanhamento e intervenção precoce com bebês considerados de risco ao nascer - uma abordagem interdisciplinar baseada na psicanálise”, analisado segundo referenciais psicanalíticos, verificando a contribuição do trabalho em grupo com bebês e seus pais no desenvolvimento psíquico desses bebês e no empoderamento da parentalidade.

Relato da experiência e discussão

O grupo foi composto por quatro bebês com idade cronológica entre 13 e 20 meses (sendo 2 meninas e 2 meninos), tendo como fator de risco a prematuridade tardia (nascidos entre 35 e 37 semanas gestacionais); e seus pais, com idades que variavam entre 22 e 41 anos. Estes se encontravam semanalmente no Grão de Areia ao longo de 8 meses, pelo período de duas horas, sendo metade deste tempo dedicado ao trabalho com o grupo pais-bebês e a outra metade às intervenções psicoeducativas com os pais e terapêuticas com os bebês.

Logo ao início do encontro, uma mãe começa a colocar sua angústia em relação ao filho que caminha pela sala com um bloco nas mãos, M., de 18 meses, relatando que o pediatra acredita que ele tem sintomas autísticos. Outro pai também se coloca dizendo: “minha filha não nos atende quando a chamamos pelo nome”. E chama a filha, K., 20 meses, que de fato não atende. Outra mãe se diz muito angustiada ainda com o futuro de sua bebê, L., 16 meses, apesar das melhoras que percebe na filha, pois ainda vê diferenças em relação a outras crianças de sua idade. Olha para a mãe de M., que ainda chora, e lhe diz que é muito difícil saber se há algo errado com o bebê, que ela muitas vezes não sabe o que fazer e se decepciona com as orientações dadas pelo médico. Refere ainda sentir muito medo do futuro, sente-se incapaz de cuidar de sua filha, além de muito culpada pelas suas dificuldades.

Neste momento, torna-se evidente a dificuldade dos pais em parentalizar seus bebês e as angústias decorrentes deste papel junto ao filho real. Os pais mostram-se fragilizados e submetidos ao saber do especialista, no caso, o médico. Kupfer (1999) refere que oferecer continência às angústias dos pais na relação com seus bebês auxilia na elaboração dessas angústias depositadas nos filhos. Uma das terapeutas reflete ao grupo o que observa, declarando que neste momento, todos parecem bastante angustiados com o que dizem os profissionais em relação à saúde dos bebês e de seu desenvolvimento, parecendo desconsiderar o que eles mesmos percebem em relação aos seus filhos.

A mãe de H., de 13 meses, diz preocupar-se muito com o futuro de seu filho, devido ao atraso que observa e a suspeita de autismo. Relata não suportar os olhares acusativos das pessoas. A mãe de M. comenta não suportar os domingos, pois os familiares não se cansam de criticar e dar palpites em tudo o que se refere ao filho.

Winnicott (1965/2005) explicita que na formação grupal pode haver uma expectativa persecutória, relacionada à exposição implicada na formação do *self*, que pode funcionar tanto como um estímulo para a formação do grupo, como para torna-lo frágil, artificial e instável. O conteúdo persecutório, materializado no olhar acusatório da família e amigos pelas mães de H. e M., parece refletir o sentimento do grupo como um todo, que se encontra sob certa tensão. O autor afirma que o grupo tem condição de contribuir para a integração do sujeito, servindo como uma cobertura materna que ampara. Uma terapeuta comenta, neste momento, que o grupo parece se identificar com os sentimentos de ameaça e acusações referidos pelas mães de H. e M.

Durante esta conversa, M. continuava caminhando pela sala, L. brincava com um carrinho que fazia barulho junto com outra terapeuta, K. encaixava formas geométricas num tabuleiro e H. estava no colo da mãe. De repente, L. começa a chorar pois M. esbarra nela, que cai. Antes que a mãe de L. pudesse ir até eles, M. para, senta-se no chão, olha para L. e passa as mãos em seus cabelos. A terapeuta, dirigindo-se a M. diz: “olha mamãe, como eu estou preocupado com minha amiga que está chorando, faço carinho nela para me desculpar, como sou um bom menino!” M. sorri para a terapeuta quando esta se dirige a ele. Sua mãe mostra-se surpresa ao perceber a situação.

No trabalho com pais e bebês lida-se simultaneamente com várias transferências e contratransferências, com cada um dos terapeutas, pais e bebês, além da transferência com a própria parentalidade, com algo que se constrói, segundo Winnicott (1951/1975), a partir da relação, no campo transicional, fundamental para que o bebê possa vir a fazer parte de um mundo compartilhado. Em sua intervenção, a terapeuta utiliza desse campo transicional para facilitar a construção de um modo diferente de M. e seus pais se relacionarem.

Eliacheff (1993) afirma ser possível construir com o bebê um sentido para sua experiência, devolvendo-o ao lugar de sujeito de desejo, capaz de falar de si. A disponibilidade física e emocional do terapeuta possibilita conter a angústia e transformá-la, de forma análoga com os bebês e seus pais, oferecendo suporte para que eles possam desempenhar este papel junto ao filho, retirando-os do lugar do não-saber e permitindo que M. não permanecesse fixado à posição imposta pelo saber médico.

Winnicott (1965/2005) ressalta que para os bebês e as crianças pequenas, a vida é uma sequência de experiências intensas e o mundo compartilhado com eles faz parte também de seu mundo imaginativo. Desta forma, é importante não impor a realidade à criança, mas permitir que elas vão aos poucos integrando o mundo real ao seu mundo imaginativo, explorando e adaptando-se ao ambiente em seu próprio ritmo.

O pai de H., calado até o momento, diz que às vezes, em casa, não consegue perceber o que seu filho é capaz de fazer, como durante os encontros com o grupo, e que essas percepções não combinam com o que os médicos e familiares veem de errado no bebê.

Uma terapeuta intervém, comentando que ele parece estar se referindo a uma preocupação embutida nos pais por terceiros, mas que ele percebe que as crianças têm suas singularidades. Os outros membros do grupo parecem concordar.

O grupo demonstra, de acordo com Winnicott (1965/2005), um movimento de integração neste momento, no qual cada um parece valer-se da cobertura proporcionada pelo grupo para elaboração da persecutoriedade projetada na fala de médicos, amigos e familiares externos ao grupo. Desta forma, abre-se espaço para que os indivíduos, integrados, responsabilizem-se pelo funcionamento grupal.

Outra terapeuta, brincando de bolinhas de sabão com K., diz: “mostra pra mamãe como você consegue pegar as bolinhas que estão voando”. Ao que a criança sorri e corre abraçar a mãe. A terapeuta oferece a bolinha para a mãe, dizendo que K. prefere brincar com ela. Logo, M. também se aproximou para brincar, seguido por L. O pai de H. também pegou um recipiente e começou a fazer bolinhas de sabão para as crianças, convidando a esposa a se aproximar com o filho. Logo, pais, bebês e terapeutas estavam às voltas com as bolinhas de sabão e as sensações que elas provocavam.

Neste trecho de sessão é possível observar o efeito do grupo em promover a experimentação e o encontro com possibilidades diferentes, construindo novas alternativas, novos modos de subjetivação e de existência. O grupo proporciona à criança e aos pais, tanto um espaço de continência como uma armação simbólica dos sistemas de relação com o outro, sendo função do terapeuta a de facilitador (Bleichmar, 1995).

Durante o Grão de Areia, através da Metodologia IRDI, pode-se constatar que 2 destes bebês apresentavam sinais de risco de desenvolvimento, sendo encaminhados para intervenções a tempo. Todos continuaram a participar do grupo paralelamente à intervenção.

Ao contrário do modelo médico, classificatório e determinista, a intervenção em grupo de pais-bebê através de uma equipe interdisciplinar atravessada pela psicanálise propicia um espaço de escuta e acolhimento das angustias e ansiedades existentes nas relações pais-bebê que impactam no desenvolvimento psíquico da criança, através do holding promovido pelo grupo e pelos terapeutas. Tornar-se pais exige destes profundas transformações identificatórias e reedição de conflitos psíquicos na relação com a criança. E é a partir desta relação, desses vínculos afetivos primordiais que se iniciará o processo de subjetivação e de construção da vida psíquica do bebê.

Entraves nesta relação, tanto em função da dificuldade dos pais no exercício da parentalidade, como dos filhos, pela imaturidade e consequente ineficiência de seus processos comunicativos iniciais, comprometem a formação dos vínculos iniciais e consequentemente, o desenvolvimento do bebê. Vale ressaltar que esta imaturidade é acentuada nos casos dos bebês nascidos prematuros, o que justifica uma atenção especial a esta população.

O holding oferecido pelo grupo tanto aos bebês quanto aos pais na relação com os bebês os auxilia a elaborar suas angustias, até então depositadas em seus filhos. A função de mãe suficientemente boa representada pelo grupo promove o acolhimento de identificações projetivas as quais, quando nomeadas e simbolizadas, permite que haja a emergência de novas significações através de um ambiente reparador.

Neste contexto, os pais podem não apenas rever suas funções parentais, como perceber e compreender seus filhos de maneiras diferentes, tornando-se mais sensíveis ao atendimento de suas necessidades e de sua singularidade, enquanto sujeito. Eles podem se apropriar de seu saber simbólico sobre seus filhos, facilitando sua subjetivação. Desta forma, aquilo que aparece como um sintoma pode ser visto como um obstáculo possível de ser transposto, permitindo que a criança não permaneça fixada, mas que possa se deslocar de discursos sociais e familiares patologizante.

Referências Bibliográficas

Bechelli, I. A. B. & Mendes de Almeida, M. (2012). Grupo de Atendimento a Pais e Bebês: Um Ninho Para o Desenvolvimento da Parentalidade. In: Sociedade Brasileira de Psicanálise, // *Jornada de psicanálise de criança e adolescente: novas perspectivas.*

- Simpósio conduzido em Anais, São Paulo. Disponível em: http://www.assis.unesp.br/Home/JornaiseRevistas/caderno_resumos.pdf
- Bleichmar, E. D. (1995). Psicoterapia de grupo de crianças. In: Huguet, C. R.; Volnovich, J. *Grupos, infância e subjetividade*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281996000100013
- Dolto, F. (2005). *A causa das crianças*, 1908-1988. Aparecida, SP: Idéias e Letras.
- Eliacheff, C. (1993). *Corpos que gritam: A psicanálise com bebês*. São Paulo: Ed. Ática.
- Jerusalinsky, J. (2002). *Enquanto o Futuro não Vem: A Psicanálise na Clínica Interdisciplinar com Bebês*. Salvador: Ágalma.
- Kupfer, M. C. M. (1999). Psicose e autismo na infância: problemas diagnósticos. *Estilos da Clínica*, 4 (7) 96-107. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71281999000200010
- Kupfer M. C. M., Jerusalinsky A. N., Bernardino L. M. F, Wanderley D, Rocha P. S. F. & Molina S. E., et al. (2009). Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. *Lat. Am. Journal of Fund. Psychopath.*, 6 (1) 48-68. Disponível em: http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin_american/v6_n1/valor_preditivo_de_indicadores_clinicos_de_risco_para_o_desenvolvimento_infantil.pdf
- Kupfer, M. C. M. & Pesaro, M. E. (2012). Metodologia IRDI - uma intervenção com educadores de creche a partir da psicanálise. In: II Colóquio de Psicanálise com crianças, São Paulo. Anais do II Colóquio de Psicanálise com crianças São Paulo. Disponível em: http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise_crianca/coloquio2012/anais_coloquio_psicriancas.pdf
- Lancetti, A. (1995). Para uma reformulação da experiência Grupal, In G. Barembliit (org), *Grupos: Teoria e Técnica*. (pp. 83-88). Rio de Janeiro, RJ: Col. Ibrapsi Graal.
- Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório sobre a saúde no mundo – Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Genebra: OMS. Disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf
- Setton, A. & Callia, M. M. M. (2012). A intervenção precoce em situações de dificuldades alimentares criando condições de comunicação. In: II Colóquio de Psicanálise com crianças, São Paulo. Anais do II Colóquio de Psicanálise com crianças São Paulo. Disponível em: http://www.sedes.org.br/Departamentos/Psicanalise_crianca/coloquio2012/anais_coloquio_psicriancas.pdf
- Vicentin, A. & Terzis, A. (2011). Psicoterapia de grupos: construções teóricas. In: XVI Encontro de Iniciação Científica e I Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação da PUC Campinas, Campinas. Anais do XVI Encontro de Iniciação Científica e I Encontro de Iniciação em Desenvolvimento Tecnológico e Inovação da PUC Campinas.

Disponível em: <http://docplayer.com.br/5848581-Psicoterapia-de-grupo-construcoes-teoricas.html>

Winnicott, D. (1941) A observação de bebês numa situação padronizada. In: *Da pediatria a Psicanálise*. Obras Escolhidas. Trad. Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago. 2000.

Winnicott, D. (1951). Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: Winnicott, DW. *O brincar e a realidade*. Trad. José Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro, RJ: Imago. 1975.

Winnicott, D. (1965). *A família e o desenvolvimento individual*. Trad. Marcelo Brandao Cipolla. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

O USO DA ARTE NA PSICOTERAPIA PELA PERSPECTIVA JUNGUIANA

Liliane C. R. Maia⁷
Ângela M. erre Fira⁸
Ailton Bedani⁹

RESUMO

Objetivo: Este trabalho tem por objetivo investigar a respeito da utilização da arte e de sua efetividade na psicoterapia, a partir da abordagem junguiana. **Método:** Mediante pesquisa qualitativa com fins descritivos e explicativos, sendo utilizada a investigação bibliográfica. **Resultados:** Fez-se uma averiguação da dinâmica intrapsíquica e de como as técnicas artístico-expressivas podem contribuir no tratamento psicoterápico. Constatou-se também que a utilização destas técnicas viabiliza meios de expressão que podem facilitar o processo terapêutico para o paciente, pois ele poderá recriar e reconhecer suas experiências de forma menos dolorosa ao diminuir suas resistências psíquicas. **Considerações:** A utilização da arte pode abrir espaços expressivos que vão além da esfera verbal, consciente, auxiliando a dar forma ao que o paciente não consegue explicar racionalmente, favorecendo a reorganização psíquica e a integração entre o inconsciente e o consciente.

Palavras Chaves: Arteterapia. Psicoterapia. Psicologia Analítica. Técnica Expressiva

Esta pesquisa surgiu do interesse em estudar a psicoterapia junguiana utilizada no tratamento de pacientes diagnosticados com esquizofrenia. Como foi verificado através do levantamento bibliográfico que havia diversos tipos de intervenções praticadas, optou-se pelo estudo da utilização da arte em específico, como meio de focar e aprofundar nas características desta técnica no tratamento psicoterápico. Por meio da arte, é possível ultrapassar as barreiras do consciente, não necessitando obrigatoriamente da verbalização para obter informações de como o paciente se

⁷ lilianecs_8@hotmail.com

⁸ Angelamar_fer@hotmail.com

⁹ ebedani@terra.com.br

encontra no momento em que se expressa projetivamente onde, até mesmo aquele mais refratário¹⁰, pode ser beneficiado em seu tratamento.

Este artigo tem por objetivo investigar a respeito da utilização da arte e de sua efetividade na psicoterapia, a partir da abordagem junguiana. Faz também uma breve apresentação do dinamismo intrapsíquico segundo a Psicologia Analítica e o quanto o uso das técnicas artístico-expressivas favorecem o alcance de conteúdos psíquicos que podem estar causando sofrimento para o sujeito.

Esta base teórica será utilizada para compreender e interpretar o que está sendo transmitido pelo paciente, conforme explica Philippini (1995, p.3) sobre essa abordagem que “[...] orienta no entendimento universal da produção simbólica, [...] junto com o criador do símbolo, contextualizar seus significados pertinentes à singularidade e historicidade de cada um”.

A utilização da arte como técnica interventiva no acompanhamento psicológico iniciou no século XIX através dos estudos de Carl Gustav Jung, com os internos do hospital psiquiátrico de Zurique (Suíça). Tais estudos tinham como finalidade a vivência das experiências de forma não verbal, mas que pudessem diminuir a pressão psíquica dos pacientes esquizofrênicos que não conseguiam fazer terapia pelo método tradicional da associação livre. Desta forma, através da arte era possível alcançar um mundo além do racional e assim poder trabalhar as emoções que geravam os conflitos internos, possibilitando a interação do paciente com seu meio social (Silveira, 1992).

Silveira (1992) explana que Jung sugeria a seus pacientes que utilizassem técnicas de pintura como uma forma de penetrar-lhes o íntimo, disponibilizando uma linguagem na qual pudessem simbolizar suas emoções, em razão do inconsciente se expressar de forma irracional e possuir uma linguagem própria com características diversificadas. Desta maneira cabe ao terapeuta compreender a problemática afetiva do paciente, seus sofrimentos e desejos através da expressão simbólica (Jung, 2013).

Conforme explica Reis (2014) o terapeuta consegue observar os processos psíquicos ao mesmo tempo em que o paciente revivencia a experiência ao projetar suas emoções, possibilitando a transformação desses processos.

¹⁰ O termo refratário refere ao sujeito resistente a controle, como no caso de uma doença ou transtorno que deixa de responder à terapia anteriormente efetiva, também sendo relacionado à dificuldade em cooperar com o processo terapêutico (VandenBos, 2010)

A Associação Brasileira de Arteterapia (ABA), responsável pela normatização e pelo processo de regulamentação da profissão¹¹, define a arteterapia como:

[...] um modo de trabalhar utilizando a linguagem artística como base da comunicação cliente-profissional. Sua essência é a criação estética e a elaboração artística em prol da saúde. Utiliza, para isso, as linguagens plástica, sonora, dramática, corporal e literária envolvendo as técnicas de desenho, pintura, modelagem, construções, sonorização, musicalização, dança, drama e poesia. É aplicada na avaliação, no tratamento, na profilaxia (prevenção), reabilitação e educação de clientes especiais. O campo de atuação da Arteterapia estende-se às diferentes organizações (Saúde, Educação, Comunidade e Profilaxia) permitindo qualidade maior de vida. (ABA, 2015)

De acordo com Reis (2014), a arteterapia pode ser utilizada de forma multidisciplinar, apresentando-se como um instrumento proficiente em diversas áreas, como na psicologia escolar, social, organizacional, saúde e hospitalar, podendo ser aplicada tanto de modo individual como em grupos, por ser uma ferramenta que amplia as possibilidades de expressão.

Nise da Silveira, psiquiatra alagoana, foi pioneira no Brasil ao utilizar a arte na psicoterapia em pacientes esquizofrênicos internados no hospital psiquiátrico de Engenho de Dentro, na cidade do Rio de Janeiro, que possibilitou a posterior fundação do Museu Imagens do Inconsciente, onde obras de alguns internos do hospital psiquiátrico estão expostas até os dias atuais (Mello, 2009).

O embasamento teórico desta pesquisa apoiou-se nas obras de C. G. Jung, como o “Eu e o Inconsciente” e “Memórias, Sonhos, Reflexões”, e de seus seguidores, como Silveira, Urrutigaray e Philippini. O método utilizado foi de pesquisa qualitativa mediante uma revisão bibliográfica de livros e de bancos de dados acadêmicos com fins descritivos e explicativos.

A Arte e a Psicoterapia Junguiana

O uso da expressão artística no processo de tratamento psicológico começou com C.G. Jung através dos estudos realizados com seus pacientes. A partir desses estudos, Jung conseguiu desenvolver a hipótese da energia psíquica e do inconsciente

¹¹ A ABA é responsável por fazer parcerias com Conselhos Regionais Profissionais para promover a divulgação, supervisionar o cumprimento do Código de Ética da Associação e prestar assistência a terapeutas associados (ABA, 2015).

coletivo com seu conteúdo arquetípico, sendo o primeiro a praticar psicoterapia individual em esquizofrênicos no início do século XIX (Silveira, 2015).

Tais estudos revelaram também como o consciente e o inconsciente se comunicam entre si em um fluxo constante para manter o equilíbrio psíquico através dos sonhos, por intermédio da utilização de símbolos e de figuras míticas (imagens arquetípicas) (Silveira, 1992).

Segundo Jung (2013), há uma comunicação não verbal entre o consciente e o inconsciente, sendo uma peculiaridade da psique configurar imagens de suas atividades, onde a arte entra com a função de fazer essa ponte dando forma ao que não é possível de ser verbalizado, e ajudando a reorganizar o caos que perturba o inconsciente e desestrutura o consciente (Silveira, 1997).

Silveira (1992) esclarece que no quadro psicótico ou neurótico esse fluxo é rompido e o mundo interno perde a comunicação com o mundo real. Quando não se dá atenção às imagens que vêm do inconsciente, renegando-as, pode-se ocasionar uma pressão psíquica (ou surto) destrutiva. Ainda segundo a autora, para Jung “ocorre uma inundação do campo do consciente por conteúdos do inconsciente profundo (coletivo), ou seja, por imagens arquetípicas¹²” (p.86).

Pelo fato do inconsciente se expressar de forma irracional e possuir uma linguagem própria, com características não convencionais, Jung sugeria a seus pacientes que pintassem, como uma forma de buscar uma linguagem na qual pudessem exprimir suas emoções mais profundas, sendo tarefa do terapeuta compreender a problemática afetiva do paciente, seus sofrimentos e desejos também sob forma não convencionais (Silveira, 1992).

Em função dos pensamentos e os sentimentos derivarem do inconsciente, podem melhor se exprimir por imagens do que por palavras, encorajando o paciente a descobrir por si a significação de suas criações já que projeta seus conflitos internos sob a forma visual (Arcuri & Dibo, 2010).

¹² Arquétipos são conteúdos do inconsciente coletivo, que constituem as imagens primordiais inacessíveis ao consciente, sendo possível trazer à consciência apenas representações arquetípicas, ou seja, as expressões transformadas dos arquétipos e que constituem a estrutura da personalidade (Jung, 2014).

Dentro dessa perspectiva, Philippini (1995, p.2) explica que “o símbolo constelado¹³ com a ajuda dos materiais expressivos, dinamizam e facilitam a estruturação e transformação dos estados emocionais que lhe deram origem”, e por isso os símbolos terão uma função integradora e reveladora do conteúdo expresso ao possibilitar a criação e recriação do sentimento vivido.

No Brasil, Nise da Silveira em 1946 mudou a conduta psicoterapêutica com os pacientes internados no hospital psiquiátrico de Engenho de Dentro/RJ, onde instalou um atelier para os pacientes terem a oportunidade de se expressar através de pintura, desenho e modelagem (Castro & Lima, 2007).

Essa expressão era como um autorretrato da condição psíquica do paciente, imagens muitas vezes fragmentadas que ficavam impressas no papel, tela ou barro, possibilitando estudos posteriores do conteúdo que deles puderam ser extraídos (Frayze-Pereira, 2003).

Eram desenvolvidas atividades específicas adequadas para a condição psíquica na qual o indivíduo se encontrava e o foco eram os efeitos das obras causados sobre os próprios criadores. Segundo Maciel e Carneiro (2012), estava inaugurada a psiquiatria interpretativa. Essas atividades permitiam uma vivência de expressão não verbal, que fornecia um fortalecimento do ego e uma melhora do convívio no meio social.

Em 1952 foi fundado o Museu Imagens do Inconsciente, com os trabalhos desenvolvidos pelos internos do hospital. Um acervo que reúne de forma catalogada e datada as obras em desenho, pintura e modelagem conforme os respectivos autores. Esse acervo possibilita que com base nas sequências de imagens seja possível realizar um estudo sobre o processo psicótico, com seus avanços e recuos, através de cada imagem simbólica reproduzida (Silveira, 1992).

Conforme Jung (2012) expõe o inconsciente e o consciente vivem em um jogo para manter o equilíbrio, compensando o que é mantido na consciência e o que é mandado para o inconsciente, possibilitando que o sujeito siga o seu trajeto de vida. No inconsciente, a importância de seus conteúdos é determinada pelas tonalidades afetivas, ou seja, o quanto está investido de afeto em determinados fatos. Quanto

¹³ Termo derivado de constelação que na psicologia refere-se a grupo de idéias com uma associação ou tema em comum (VandenBos, 2010).

maior a carga emocional e a necessidade de ser separada da consciência, maior será o investimento da energia psíquica para manter esses fatos no inconsciente (Jung, 2013).

Silveira (1992) explica que essa energia psíquica usada para afastar da consciência tudo o que causa medo, angústia e outros males que atrapalhariam o desenvolvimento, desgasta e desequilibra emocional e fisicamente o sujeito. Os sonhos, símbolos e mitos são meios através dos quais o inconsciente se utiliza para manter o equilíbrio buscando uma forma indireta de se expressar já que, sem passar pelo controle consciente, rompe com o raciocínio linear e quebra as barreiras da resistência, gerando alívio na pressão psíquica e contribuindo para a organização psicológica do sujeito (Kast, 2013).

Através da utilização dos símbolos e mitos, o inconsciente apresenta imagens intrapsíquicas que transmitem a energia latente do psiquismo como um autorretrato só que não viável pela verbalização, ou seja, de forma indireta o inconsciente fará a liberação de parte do conteúdo reprimido através de imagens que geralmente não fazem sentido para o consciente e, assim, haverá o alívio psíquico sem que haja perturbação da consciência (Jung, 2009).

Quando nos referimos à utilização da arte na terapia, não é a arte com valor crítico da arte cultural, mas como uma forma de expressão do inconsciente que carrega em si o cunho de quem a faz, que não lhe é neutra, mas sim com todo seu material afetivo que passa pela perspectiva de quem a está criando, com um sentido peculiar e único (Arcuri & Dibo, 2010).

A criação artística faz parte da constituição da subjetividade de cada indivíduo, unindo e dando sentido ao mundo interno com o mundo externo, trazendo à tona memórias e sentimentos (Urrutigaray, 2011).

Quando são utilizadas as técnicas artísticas, como pintura, modelagem, cerâmica, entre outros, faz com que se torne real aquilo que era irreal, possibilitando ser trabalhado o que é sentido pelo sujeito e que não precisa ser necessariamente verbalizado para ser compreendido, facilitando a integração pelo consciente de afetos que estavam profundamente enraizados no inconsciente, ou seja, daqueles sentimentos difíceis de serem verbalizados, mas que exercem ação paralisante no sujeito (Silveira, 1992).

Enfim, conforme explica Urrutigaray (2011) a arteterapia tem a função de permitir que esse conteúdo inconsciente seja transmutado/transformado em outro, agora consciente.

Por que usar a Arte na Psicoterapia

Um ponto importante a respeito da utilização da arte na terapia, como já foi comentado, é que a arte pode ser um instrumento facilitador no auxílio ao tratamento de pacientes mais refratários, mobilizando-lhes a transpor as barreiras da consciência, e lhes permitir reconhecer a própria dinâmica psíquica através do rico material em informações que emerge durante a sessão psicoterápica, o que contribui, sobremaneira, para o seu fortalecimento como SER e sua busca pela individuação

Jung (2006) define a individuação como a realização do Si-mesmo, ou seja, quando após um processo de autoconhecimento a pessoa torna-se autônoma e indivisível, como uma totalidade desenvolvida gradualmente, no qual os conteúdos inconsciente, pessoal e coletivo passam a ser integrados a consciência. Gradualmente, durante este processo, a pessoa se aproxima de seu *Self*, que é definido como a totalidade do indivíduo, integrado com seus conteúdos conscientes e inconscientes, mentais e físicos, sendo alcançado na maturidade do ser (VandenBos, 2010).

De acordo com Maciel e Carneiro (2012), a teoria analítica junguiana, preconiza que todos nós somos formados por complexos, que é uma conjunção de imagem-impulso-emoção (formados pelos símbolos, sonhos e arquétipos), constituindo as disposições psíquicas que irão exprimir as temáticas da vida de cada um.

Kast (2013, p.48), por sua vez, explica-nos que “os complexos se tornam visíveis nos símbolos, por meio de fantasia. Pois onde há emoções, também há imagens. Os complexos se fantasiam, por assim dizer, nos símbolos”. Ou seja, quando os conteúdos do inconsciente apresentam a mesma emoção, acabam adquirindo um significado comum (arquétipo), passando a formar um complexo que será a união desses conteúdos. Todo evento carregado de afetividade se tornará um complexo.

Para Kast (2013) os sonhos, símbolos e mitos representam um papel fundamental na terapia junguiana, pois são formas do inconsciente processar as informações conectando as imagens com as emoções. Um símbolo é um condensado de muitos significantes que expressa um sentido, de forma que retém parte de seu

significado para si e está muito atrelado à emoção. Este é o processo pelo qual o inconsciente vivencia a atividade consciente das pessoas, de forma alheia à vontade do sujeito, buscando manter o equilíbrio da vida psíquica. No entanto, quando o inconsciente não consegue equilibrar o processo intrapsíquico frente aos conteúdos suprimidos ou reprimidos do consciente, começa haver alteração no comportamento do sujeito, fazendo com que surjam os sintomas neuróticos ou psicóticos.

Sobre os complexos, Kast (2013) ainda acrescenta que estes não podem ser considerados patológicos, mas sim fontes de energia propulsora da vida psíquica. A estruturação do complexo vai depender de como será assimilado pelo inconsciente em relação à consciência, ou seja, de forma integradora ou dissociativa. O essencial é que o símbolo seja vivenciado, formado e interpretado:

Figuras que são bastante dolorosas na imaginação tornam-se mais concretas quando pintadas, mais acessíveis a uma confrontação. Também podemos nos relacionar com o produto artístico, distanciar-nos de seu problema ao contemplar e processá-lo ao mesmo tempo. A identificação com o problema é abolida, o que significa que foi dado o primeiro passo para a conscientização. (Kast, 2013, p.34)

Assim, através da arte, os complexos são projetados de forma simbólica trazendo para o plano real o conteúdo reprimido e dando uma forma a um objeto externo de um sentimento interno, o que possibilita confrontação e integração pelo consciente, despotencializando a figura assustadora que ameaçava a continuidade da vida psíquica e restaurando o equilíbrio psicológico.

Ao utilizar a arteterapia pela perspectiva junguiana, Reis (2014) esclarece que se deve evitar a interpretação e que o mais adequado é pedir ao sujeito que entre em contato com o que desenhou, para possibilitar que ele possa perceber e integrar o que projetou. Por sua vez, Silveira (1992, p.18) acrescenta que “a tarefa do terapeuta será estabelecer conexões entre as imagens que emergem do inconsciente e a situação emocional vivida pelo indivíduo”, facilitando assim o processo de despotencialização do complexo que o angustiava.

Conforme cita Urrutigaray (2011, p.93) “o fazer arteterapêutico implica em uma leitura essencialmente simbólica e valorativa de uma imagem expressada e produzida”, oferecendo meios para o sujeito recriar e reconhecer suas experiências, acompanhando seu progresso individual e auxiliando-o a lidar com seus conteúdos

internos. Buscar sua individuação de forma integrada, equilibrando razão e emoção possibilita-lhe o desenvolvimento individual volitivo, afetivo e cognitivo.

Maciel e Carneiro (2012) ainda acrescenta que “a arteterapia, enquanto ‘meio de unir’, consolida-se como atividade integradora da personalidade e legítimo veículo de reorganização e reconciliação interna, permitindo ao homem experimentar a arte do equilíbrio.”, a possibilidade da integralidade e da completude para alcançar o *Self*.

Conclusão

A partir do estudo realizado foi possível compreender o uso da técnica artístico-expressiva como um mecanismo atenuante da resistência consciente para auxiliar o processo psicoterápico, especialmente em casos em que o sujeito apresentar maior dificuldade em verbalizar suas angústias e sofrimentos, não sabendo como elaborar em palavras o que sente.

A arte permite que o sujeito se expresse de forma menos dolorosa sobre o que lhe corre no íntimo, diminuindo-lhe as defesas psíquicas. Não tem como meta primeira a resolução do conflito, mas possibilitar novamente a vivência e, por conseguinte, a sua ressignificação, trazendo à consciência o que lhe aflige na dimensão inconsciente. Serve-lhe como um autorretrato da psique, resgatando afetos esquecidos, reprimidos e/ou negligenciados.

Para que ocorra uma psicoterapia adequada com o que foi expresso pela via artística é necessário que o psicoterapeuta tenha uma formação que lhe dê estrutura e suporte para entender e compreender a simbologia transmitida, permitindo que possa ajudar o sujeito em sua busca pelo equilíbrio psíquico.

Conclui-se, então, que há estudos que norteiam e evidenciam sobre a utilização da arte no processo psicoterápico de forma consistente e efetiva. Todavia, ainda se faz necessária a continuidade da pesquisa sobre o referido tema com vistas a seu aprofundamento, no intuito de contribuir para uma formação mais sólida e estruturada daqueles psicólogos que se identificam com a utilização desta ferramenta, gerando assim profissionais cada vez mais capacitados à compreensão das expressões do inconsciente pelas vias simbólicas. **Referências**

- Arcuri, I. G & Dibo, M. (2010). *Arte terapia e mandalas: uma abordagem junguiana*. São Paulo: Vetor.
- Castro, E. D. & Lima, E. M. F. A. (2007). *Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira*. São Paulo. Interface – Comunic, Saúde, Educ, v.11, n22, p.365-75, mai/ago 2007.
- Frayze-Pereira, J. A. (2003). *Nise da Silveira: imagens do inconsciente entre psicologia, arte e política*. São Paulo. Estudos avançados, v.17 n.49 São Paulo set./dez. 2003. Recuperado em 15 jan. 2015, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br
- Jung, C. G. (2006). *Memórias, Sonhos e Reflexões*. Org. e Ed. Aniela Jaffé. Trad. Dora Ferreira da Silva. Ed. especial – Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Jung, C. G. (2012). *O Eu e o Inconsciente*. Trad. Dora Ferreira da Silva. 24 ed. Petrópolis, Vozes.
- Jung, C. G. (2013). *O Livro vermelho*. Ed. sem ilustração. Ed. e Intro. Sonu Shamdasani; prefácio de Ulrich Hoerni; trad.: Liber Novus, Edgar Orth; intro., Gentil A. Tilton e Gustavo Barcellos, rev. Intro. Walter Boechat. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Jung, C. G. (2013). *Psicogênese das Doenças Mentais*. Trad. de Márcia Sá Cavalcanti. 6 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Kast, V. (2013). *A dinâmica dos símbolos: fundamentos da psicoterapia junguiana* – trad. Milton Camargo Mota. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Maciel, C & Carneiro, C. (2012). *Diálogos criativos entre a Arteterapia e a Psicologia Junguiana* – Rio de Janeiro: Wak.
- Mello, L. C. (2009). *Nise da Silveira*. Rio de Janeiro: Beco do Azougue.
- Philippini, A. (1995). *Universo Junguiano e Arteterapia*. Vol. II da coleção de revistas de arteterapia “Imagens da Transformação”. [S.l.]: Pomar.
- Philippini, A. (1996). *Materialidade e Arteterapia*. Vol. III da coleção de revistas de arteterapia “Imagens da Transformação”. [S.l.]: Pomar.
- Reis, A. C. (2007). *Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo*. Campinas. Estudos de psicologia (Campinas) vol.24 n.3 Campinas jul/sept. 2007. Recuperado em 27 ago. 2015, da SciELO (Scientific Electronic Library On line): www.scielo.br
- Silveira, N. da (2015). *Imagens do Inconsciente*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Silveira, N. da (1997). *Jung: vida e obra*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Silveira, N. da (1992). *O Mundo das Imagens*. Rio de Janeiro: Ed. Ática.

Urrutigaray, M. C. (2011). *Arteterapia: a transformação pessoal pelas imagens*. 5. ed. – Rio de Janeiro: Wak.

VandenBos, G. R. (Org.) (2010). *Dicionário de Psicologia da APA*. Porto Alegre: Artmed.

Associação Brasileira de Arteterapia (ABA) (2015). Recuperado em 30/09/2015.
<http://www.arteterapia.com.br/oqarte.htm>

SÍNDROME DE BURNOUT EM GRADUANDOS DE PSICOLOGIA

Amanda Eico Nishi¹

Claudia Borim da Silva²

Gabriel de Assis e Araújo³

Juliana Barreto dos Santos⁴

Tânia Bernardes do Nascimento⁵

Thainá Charele de Moraes⁶

Resumo

A Universidade pode ser um ambiente desencadeante de fatores estressores para os graduandos, podendo ocasionar a síndrome de Burnout (SB). Devido a isso o objetivo do presente estudo, foi identificar a ocorrência da Síndrome de Burnout em 164 (cento e sessenta e quatro) graduandos de psicologia, divididos no primeiro ano, terceiro e no quinto ano, do período noturno, do curso de Psicologia de uma universidade particular de São Paulo. Para esse fim foi realizado uma pesquisa correlacional, utilizando um questionário de caracterização da amostra, elaborado pelos próprios autores e o instrumento MBI-SS (Maslach Burnout Inventory - Student Survey) que foi adaptado para estudantes por Carlotto e Câmara (2006). Os resultados não indicaram alta pontuação nas dimensões que caracterizam a Síndrome de Burnout. Entretanto estatisticamente os alunos do 3º ano encontram-se com maior pontuação em exaustão emocional e na pontuação total que os do 1º ano, também foi observado que existe correlação linear negativa e significativa, tanto na pontuação total como na pontuação de exaustão emocional, comparadas com horas dedicadas ao lazer.

Palavras-chave: Síndrome de Burnout, Universitários, Saúde, Psicologia.

² Professora Doutora, Docente na Universidade São Judas Tadeu.

^{1 3 4 5 6} Alunos do quarto ano de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu.

Introdução

Maslach e Jackson (1981) citado por Moreno, Gil, Haddad e Vannuchi (2011) conceituam a Síndrome de Burnout como uma resposta ao estresse emocional crônico decorrente do excessivo atendimento às pessoas. De acordo com Carlotto e Gobbi (1999) citados por Carlotto e Câmara (2008) “a definição de Síndrome de Burnout (SB) mais utilizada e aceita na comunidade científica é a fundamentada na perspectiva social- psicológica” (p.102). Ela é compreendida como um processo que é composto por três dimensões: “Exaustão Emocional”, que se caracteriza por uma falta de energia e esgotamento emocional; “Despersonalização”, descrita como a falta de sensibilidade ao outro, carência de empatia no atendimento; e “Baixa Realização Profissional” que é definida como a diminuição do sentimento de competência, em relação ganhos pessoais obtidos trabalhando diretamente com as pessoas (Maslach & Jackson, 1981 citados por Carlotto & Câmara, 2008).

Helga Reinhold (2003) citado por Dórea (2007) ao dissertar sobre o Burnout, o classifica didaticamente em cinco fases: idealismo, realismo, estagnação/frustração, apatia e “fenômeno fênix”. A fase que se refere ao idealismo, o indivíduo percebe o seu trabalho como fonte de realização dos seus objetivos; Na segunda fase que é a do realismo, esse indivíduo começa a perceber que a sua função não é condizente com o que imaginou, ocasionando a frustração; A terceira fase é constituída pela estagnação e frustração, o indivíduo começa a apresentar comportamentos antes inexistentes tal como cansaço, irritação, a sua produtividade diminui, mecanismos de fuga surgem para evitar esse desconforto, e neste momento podemos suscitar que a pessoa está quase acometida pelo Burnout; A quarta fase é categorizada como apatia, pode ser entendida como “burnout total”, quando já instalou-se sobre o indivíduo sentimentos que afetam a sua autoestima, exaustão emocional e física, vontade de abandonar sua atividade pois se sente fracassado; A última fase é entendida metaforicamente como o “fenômeno fênix”, pois ocorre o “ressurgimento das cinzas” onde o indivíduo se recupera e livra-se do Burnout, no entanto, infelizmente não está presente em todos os casos.

O Burnout atinge principalmente profissionais que mantêm contato direto com pessoas, prestando diversos tipos de serviços assistenciais como psicólogos, médicos, enfermeiros, professores, entre outros (Santini, 2004). No entanto o conceito de Burnout vem sendo ampliado ao longo dos anos, haja vista que a primeira concepção de Burnout abrangia apenas profissionais cuja atividade era voltada para área da saúde e da educação. A Síndrome de Burnout passou a abarcar trabalhadores de todas as

categorias profissionais e também estudantes em formação que também estão expostos a fatores estressantes (Schaufeli & cols., 2002 citados por Dórea, 2007).

O instrumento MBI-GS que é utilizado para avaliar Burnout em várias categorias de trabalhadores foi reformulado por Schaufeli, Martinez, Pinto, Salanova e Bakker (2002, citados por Carlotto & Câmara, 2008) para que fosse possível avaliar o Burnout especificamente em estudantes, surgindo assim o MBI-SS. A formulação para estudantes também é baseada no modelo tri-fatorial, ou seja, também está dividida em três dimensões, porém possui características diferentes das dimensões do conceito geral de Burnout. Na expansão do conceito, na dimensão “Exaustão Emocional” o esgotamento emocional se dá em consequência da demanda dos estudos; a “Despersonalização” passa a ser “Descrença” e se refere a uma atitude negativa em relação aos estudos e “Baixa Realização Profissional” passa a ser “Baixa Eficácia Profissional” que corresponde à percepção do aluno quanto a si, e o sentimento de incompetência em relação ao seu papel como estudante (Martinez, Pinto & Silva, 2000 citado por Carlotto & Câmara, 2006).

Os estudantes em geral encontram em sua formação diversos conflitos e dificuldades, que são potenciais geradores de estresse e exaustão emocional (Oliveira, Granjeiro & Barreto, 2008). Segundo Balogun, Helgemore, Pellegrino e Hoerberlein (1995, citado por Oliveira, Granjeiro & Barreto, 2008) os causadores da exaustão emocional podem ser referentes ao próprio ambiente de competição e conflito entre colegas de classe, professores e outros profissionais da instituição educacional. Outros fatores como a ausência de um tempo de lazer no cotidiano dos indivíduos, com a família, amigos ou um tempo só para si; as dúvidas e incertezas quanto ao futuro profissional e as dívidas adquiridas durante a vida acadêmica também são causadores de exaustão emocional (Nogueira-Martins, 2002 citado por Oliveira, Granjeiro & Barreto, 2008).

Para Martinez, Pinto, Salanova e Silva (2002, citado por Oliveira, Granjeiro & Barreto, 2008) o Burnout com início na graduação, pode avançar para a vida profissional do indivíduo prejudicando seu desenvolvimento e desempenho, o que torna mais importante a sua detecção precoce, na intenção de verificar possíveis dificuldades tanto acadêmicas quanto profissionais, possibilitando intervenções preventivas. Ainda que a temática Burnout tenha sido ampliada, as pesquisas atuais não revelam medidas de prevenção da síndrome em estudantes. Entender melhor as dimensões do Burnout possibilita que essas medidas sejam criadas e beneficia diretamente os acometidos pela síndrome quando a patologia já estiver instalada (Dórea, 2007). A comunidade universitária pode contribuir procurando meios pelos quais possam amenizar e/ou evitar

o desenvolvimento de fatores desencadeantes de estresse nos estudantes. A relação aluno e ambiente acadêmico deve promover a integridade emocional do estudante, preservando a sua atuação como psicólogo (Dórea, 2007).

Objetivo

O objetivo deste estudo foi avaliar a prevalência da síndrome de Burnout em graduandos de Psicologia, assim como verificar em quais períodos do curso o aluno de Psicologia está mais propício a desenvolver a síndrome de Burnout; Identificar se existe correlação entre as horas que o indivíduo dedica ao lazer e as dimensões do Burnout.

Metodo

Foi realizada uma pesquisa descritiva e correlacional. A pesquisa descritiva refere-se à descrição de um fenômeno ou determinada população (Gil, 2002) e a pesquisa correlacional permite analisar múltiplas variáveis simultaneamente, permitindo ao pesquisador explorar o grau de relação existente entre elas, e não somente se o efeito esteve presente ou não (Gressler, 2004).

A pesquisa foi realizada com uma turma de alunos do primeiro, uma turma de terceiro e uma turma de quinto ano, graduandos de Psicologia matriculados no período noturno de uma universidade particular de São Paulo. Os alunos foram convidados a participar do estudo e a amostra foi composta pelos que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O total da amostra foi de 164 alunos, sendo a maioria alunos do sexo feminino (n=138) e (n=26) masculino, maiores de 18 anos. Com relação a idade dos participantes, a faixa etária oscila entre 18 e 67 anos, a média de idade da amostra total é de 22,9 anos (dp=5,2 anos). Quanto ao estado civil dos participantes a maioria dos indivíduos são solteiros (n=140), e n=9 são casados, e n=15 dos alunos não possuem filhos. A maioria dos participantes realizam atividades laborais (n=99).

Os critérios de exclusão adotados foram não incluir participantes menores de 18 anos, pessoas que possuem algum déficit cognitivo que impossibilite a realização da pesquisa e não dominar a língua portuguesa (Brasil).

Foram utilizados dois instrumentos: um questionário para caracterização da amostra e o MBI-SS (Maslach Burnout Inventory - Student Survey), validado para a versão brasileira por Carlotto e Câmara (2006), retirado da dissertação de Dórea (2007). O questionário foi elaborado pelos autores e as questões 6, 7, 11 e 18 foram baseadas em Dórea (2007). As questões 01 até 09 são de cunho sócio demográfico e as questões

relacionadas aos possíveis fatores desencadeadores de Burnout estão contempladas entre a 10ª e 20ª perguntas.

O MBI-SS (Maslach Burnout Inventory - Student Survey) é um instrumento específico para avaliar o Burnout em estudantes. Ele foi adaptado por Schaufeli et al. (2002, citados por Carlotto & Câmara, 2008) para a língua portuguesa de Portugal e revisado e validado para a versão brasileira por Carlotto e Câmara (2006). O instrumento é composto por 15 itens subdividido em três dimensões: Exaustão Emocional (EE) (5 itens); Descrença (DE) (4 itens) e Eficácia Profissional (EP) (6 itens), respondidos em uma escala Likert de 7 pontos, variando de 0 a 6 pontos, sendo 0 - nunca, 1 - uma vez ao ano ou menos, 2 - uma vez ao mês ou menos, 3 - algumas vezes ao mês, 4 - uma vez por semana, 5 - algumas vezes por semana e 6 - todos os dias.

De acordo com Tarnowski e Carlotto (2007) “Médias elevadas em Exaustão Emocional e Descrença e baixa em Eficácia Profissional são indicativos de Burnout.” (p. 176). Neste trabalho, foi feita a pontuação da ineficácia. Portanto, em todas as dimensões, quanto maior a pontuação, mais indicativos de Burnout.

Para que a coleta de dados fosse feita, foi obtida a autorização da universidade para que a pesquisa fosse desenvolvida e a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, também da universidade, para o seu desenvolvimento (CAAE: 55171016.1.0000.0089). Após a autorização da universidade e aprovação do comitê de ética, foi agendada uma data para a coleta de dados com os alunos, que aconteceu de forma coletiva, em sala de aula e os alunos que concordaram em participar responderam aos instrumentos, com caneta e papel. A coleta de dados foi feita pelos próprios pesquisadores no mês de Maio de 2016 e o tempo médio de aplicação em cada turma foi de 30 minutos.

Os dados foram analisados com o software SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 21.0. As respostas estão apresentadas com frequência, média e desvio padrão. Utilizou-se os testes t, Anova seguido pelo teste de Turkey e correlação de Pearson para atender aos objetivos específicos. Foi adotado o nível de significância de 5% (0,05) por ser a mais utilizada em trabalhos de Psicologia.

Resultados

O objetivo principal da pesquisa era verificar a incidência de Burnout em alunos de Psicologia e na Tabela 1 estão apresentadas as pontuações em cada dimensão da escala de Burnout. Utilizando-se o ponto médio como comparação, observa-se que em todas as dimensões a média da pontuação dos alunos está abaixo do ponto médio, indicando uma tendência de não haver Burnout.

Tabela 1

Média e Desvio Padrão da pontuação de Burnout em suas três dimensões

Dimensões da escala de Burnout		Variação da pontuação	Ponto médio	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Ponto de						9,4	4,6
ineficácia		0 a 36	18	0	23	44	9
Ponto de						13	
exaustão		0 a 30	15	0	24	,7	5,6
						1	1
Ponto de						6,3	
descrença		0 a 24	12	0	19		4,2
						29	3
Ponto total		0 a 90	45	3	54	,4	10,10
						7	

Um dos objetivos específicos foi comparar a ocorrência de Burnout em alunos de Psicologia do primeiro, terceiro e quinto ano da graduação, acreditando que os alunos concluintes apresentariam maior incidência da síndrome de Burnout que alunos iniciantes, assim como pode ser visto no estudo de Fogaça, Hamasaki, Barbieri, Borsetti, Martins, Silva & Ribeiro (2012). Porém, no presente estudo foi possível observar que há uma diferença significativa entre os alunos do 3º e do 1º anos (Tabela 2), em que os alunos do 3º apresentam maior pontuação total de Burnout e maior pontuação em exaustão emocional do que alunos do 1º ano. Pode-se pensar que o aumento das tarefas no 3º ano como estágios obrigatórios, relatórios, e avaliações contribuiu para este aumento significativo. Resultados semelhantes podem ser encontrados em Dórea (2007), que em sua pesquisa, constatou valores altos de exaustão emocional em alunos a partir do 3º ano da graduação em medicina, atribuindo estes resultados também ao início das atividades práticas e ao maior contato interpessoal com os pacientes.

Tabela 2

Média, Desvio Padrão e Anova da pontuação nas 3 dimensões do Burnout por ano

Dimensões	Ano	N	Média	Desvio Padrão	F	p
Pontuação de Ineficácia	1,0	27	9,33	5,13	0,057	0,944
	3,0	66	9,59	4,18		
	5,0	71	9,33	5,02		
Pontuação de Exaustão Emocional	1,0	27	11,40a	5,20	4,849	0,009
	3,0	66	15,14b	5,31		
	5,0	71	13,27ab	5,73		
Pontuação de Descrença	1	27	4,66	3,55	2,866	0,060
	3,0	66	6,95	4,25		
	5,0	71	6,35	4,34		
Pontuação Total	1,0	27	25,41a	9,68	4,004	0,020
	3,0	66	31,68b	9,32		
	5,0	71	28,96ab	10,51		

*médias seguidas de mesma letra não diferem significativamente entre si.

Como pode ser observado na tabela 3, há correlação linear negativa e significativa entre as horas dedicadas ao lazer e a pontuação de *Exaustão Emocional* e pontuação total de Burnout. No entanto, no estudo de Dórea (2007) não foi observado diferença significativa entre as horas dedicadas ao lazer em relação às dimensões da síndrome de Burnout.

Tabela 3

Correlação entre as horas dedicadas ao lazer e a pontuação nas três dimensões do Burnout

Correlação entre as horas de lazer e a pontuação nas Dimensões	r	p
Ineficácia	-0,108	0,171
Exaustão emocional	-0,297	<0,001
Descrença	0,028	0,724
Pontuação total de Burnout	-0,179	0,022

Considerações Finais

Os dados obtidos indicam que em média alunos dos três anos da graduação em Psicologia não atenderam aos critérios para o desenvolvimento do Burnout (altos escores em exaustão emocional, descrença e ineficácia profissional). Todavia esta informação não é um conforto, pois foram encontrados níveis altos/moderados em exaustão emocional, que caracteriza a primeira dimensão a aparecer, e também níveis altos/moderados em descrença em alguns subgrupos. Como foi possível observar nos resultados estatisticamente os alunos do 3º ano encontram-se com maior pontuação em exaustão emocional e na pontuação total que os do 1º ano, também foi observado que existe correlação linear negativa e significativa, tanto na pontuação total como na pontuação de exaustão emocional, comparadas com horas dedicadas ao lazer.

É importante salientar que esta pesquisa deve ser analisada com cuidado, tendo em vista que o número de participantes na amostra é pequeno e restrito apenas à uma instituição privada de ensino superior. A estrutura do curso de Psicologia da universidade também deve ser levado em consideração ao analisar o Burnout, pois pode ser diferente de outras instituições. Por exemplo, no curso onde os dados foram coletados, o 3º ano é eleito pelos alunos como o mais difícil, principalmente porque dá-se início aos estágios.

Levando-se em consideração o ano de publicação dos artigos que serviram de base para a construção desta pesquisa, foi possível perceber que há uma tendência de aumento na produção científica sobre a Síndrome de Burnout em estudantes. Entretanto é necessário ampliar os estudos, para que se possam desenvolver estratégias de prevenção, pois não foi encontrado na literatura medidas de prevenção para o enfrentamento da síndrome de

Burnout. Esta pesquisa pode servir de motivação para futuros estudos sobre a síndrome de Burnout em estudantes de psicologia, para que se aprofunde no assunto e enriqueça a produção científica, visto que esses estudantes são futuros profissionais formados para a promoção de saúde.

Fontes consultadas

Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2006). Características psicométricas do Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) em estudantes universitários brasileiros. *Psico-USF*, 11(2), 167-73.

Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2008). Preditores da Síndrome de Burnout em estudantes universitários. *Pensamiento Psicológico*, 4(10), 101-109.

Carlotto, M. S., Nakamura, A. P., & Câmara, S. G. (2006). Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. *Psico*, 37(1), 51-62.

Dórea, M.P.T.(2007). *Avaliação de Síndrome de Burnout no Corpo Discente de uma faculdade privada de Medicina da região Serrano do Estado do Rio de Janeiro.*(Dissertação de Mestrado), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Fogaça, M. D. C., Hamasaki, E. I. D. M., Barbieri, C. A. P., Borsetti, J., Martins, R. Z., Silva, I. G., & Ribeiro, L. P. (2012). Burnout em estudantes de psicologia: diferenças entre alunos iniciantes e concluintes. *Aletheia*, (38-39), 124-131

Gil, A.C. (2002). *Como classificar as pesquisas*. In: Gil, A.C (Org.), *Como elaborar projetos de pesquisa*. (pp.41-57). São Paulo: Atlas.

Gressler, L. A. (2004). Tipos de Pesquisa. In: Gressler, L. A. (Org.), *Introdução à pesquisa: projetos e relatórios*. (pp.49-63). São Paulo: Loyola.

Moreno, F. N., Gil, G. P., Haddad, M. D. C. L., & Vannuchi, M. T. O. (2011). Estratégias e intervenções no enfrentamento da Síndrome de Burnout. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, 19(1), 140-145.

Oliveira, G. F., Grangeiro, M. V. T., & Barreto, J. D. O. P. (2008). Síndrome de Burnout em estudantes universitários. *ID on line revista de psicologia*, 2(6), 54-61.

Oliveira, R., Caregnato, R. C. A., & Câmara, S. G. (2012). Síndrome de Burnout em acadêmicos do último ano da graduação em enfermagem. *Acta Paulista de Enferm*, 25(2), 54-60.

Osternack J. V., Gonçalves L.M., & Amorim, C. Avaliação da Síndrome de Burnout em estudantes do curso técnico em enfermagem de uma instituição privada na região de Curitiba. Recuperado de <http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2007/anaisEvento/arquivos/CI-226-01.pdf>

Santini, J. (2004). Síndrome do esgotamento profissional: revisão bibliográfica. *Movimento*, 10(1), 183-209.

Tarnowski, M., & Carlotto, M. S. (2007). Síndrome de Burnout em estudantes de psicologia. *Temas em Psicologia*, 15(2), 173-180.

O CIÚME ROMÂNTICO EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA¹⁴

Aline Caroline Camilo¹⁵

Hanndressa dos Santos Silva¹⁶

Cláudia Borim da Silva¹⁷

RESUMO

O ciúme é um estado de reação a uma situação de ameaça que pode ser real ou não, sendo frequente em diversas situações. O estudo buscou identificar a intensidade do Ciúme Romântico em estudantes de uma universidade de São Paulo, levando em consideração gênero, orientação sexual, ciúme na família e autoestima. Nos 234 participantes, foram aplicados o Inventário de Ciúme Romântico - Revisado (ICR-R), validado por Bueno & Carvalho (2012), a escala de autoestima de Rosenberg e um questionário elaborado pelas autoras. A maioria da amostra era composta por mulheres, por heterossexuais (90%), a média de idade foi de 21,6 anos e grande parte dos participantes eram da área de Ciências Biológicas e Saúde. O ciúme obteve maior pontuação no Fator 2 – contato parceiro-rival; houve diferença do ciúme entre homens e mulheres; não houve relação entre o ciúme e orientação sexual; houve relação entre ciúme e ter presenciado ciúme na família e o ciúme foi maior nos fatores em que a pontuação de autoestima foi menor. O alvo da pesquisa foram os jovens estudantes da instituição, não foi possível abranger a todos; deste modo faz-se necessária uma maior investigação, atentando-se à orientação sexual; já que há uma escassez de pesquisas.

Palavras-chave: ciúme, relacionamento, ICR-R, autoestima.

INTRODUÇÃO

O ciúme é um fenômeno dos relacionamentos humanos considerado universal (Buss, 2000; Leite, 2000; Pines & Aronson, 1983 citado por N. Costa, 2005). De um ponto de vista psicológico, consiste em um estado de reação a uma situação de ameaça real ou não, sendo frequente nas mais diversas situações (Bueno & Carvalho, 2012). As situações podem vir acompanhadas de sentimento de perda da relação ou da posição do indivíduo no relacionamento (N. Costa, 2005).

Segundo Ferreira-Santos (2003) citado por Gouveia, Silveira, Santos, Souza e Belo (2015), o ciúme pode ser um estado, que provém em situações específicas, ou um traço, quando acompanha o indivíduo no dia a dia. Não pode ser confundido com

¹⁴ Trabalho premiado pela Comissão Científica – na sessão de Poster da 14ª Jornada APOIAR

¹⁵ Aluna do 4º ano de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu

¹⁶ Aluna do 4º ano de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu

¹⁷ Professora Doutora do Curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu

inveja, enquanto esta é uma díade, pois o invejoso tenta destruir o indivíduo, o ciúme é um triângulo, porque há o ciumento, o objeto de amor e o rival (Hart & Legerstee, 2013; Milfont & Gouveia, 2009; Parrott, 1991 citados por Gouveia et al., 2015).

Bueno e Carvalho (2012) e A. L. Costa (2010) destacam que o ciúme nos relacionamentos amorosos recebe o nome de Ciúme Romântico, sendo um conjunto de pensamentos, emoções e atitudes que visa a proteção do relacionamento de ameaças reais ou imaginárias – eliminando os riscos de perda do objeto de amor. De acordo com Carvalho e Ambiel (2016), há uma diferença de como homens e mulheres percebem o ciúme: a mulher se preocupa mais com a infidelidade emocional do parceiro, sendo o ciúme romântico um mecanismo sinalizador, enquanto os homens se preocupam mais com a infidelidade sexual da parceira, dessa forma, o ciúme romântico é um assegurador de seus atos. Pasini (2006) citado por Conceição, Martins e Freitas (2015), menciona que os homens costumam apresentar ciúme, quando o possível rival se apresenta superior em alguma questão social, enquanto o receio das mulheres se apresenta quando uma possível rival apresenta atributos físicos superiores.

Segundo Mallmann (2015) a nulidade do ciúme pode indicar um problema, quando há graus intensificados pode ser considerado uma patologia, e em doses moderadas pode ser benéfico às relações. O ciúme pode se manifestar como Saudável ou Patológico, mas a sensação desagradável ainda permanece nessas duas formas (Bueno et al. 2012). De acordo com Bueno e Carvalho (2012) “a manifestação patológica do ciúme faz com que uma pessoa se comporte de forma ambivalente em relação ao parceiro, ora amando, ora desconfiando” (p. 446). A. L. Costa (2010) definiu que o ciúme patológico é caracterizado por uma preocupação excessiva, sem fundamento e sem bases na realidade ou na razão. Podendo ocorrer situações intimamente ligadas à baixa autoestima e/ou insegurança do indivíduo ciumento (Almeida, Rodrigues & Silva, 2008).

Segundo Dini, Quaresma e Ferreira (2004), a autoestima é a percepção do indivíduo sobre si próprio; esta tomada de percepção irá influenciar na autoimagem, o que determinará os sentimentos, pensamentos e comportamentos do indivíduo. Sendo assim, a autoestima faz parte da estrutura e funcionalidade mental do ser humano; é um componente afetivo e avaliativo próprio de cada indivíduo (Tolentino, Maia, Formiga, Sousa & Melo, 2016). Para Bueno e Carvalho (2012), “a baixa autoestima é representada especialmente por crenças (reações cognitivas) quanto a ser inferior ao parceiro no relacionamento, como o principal motivo pelo interesse do parceiro por um rival” (p.439).

Como Bueno, Carvalho e Kebleris (2008) citaram, não é possível chegar a uma única conceituação do tema ciúme, pois há muitas descrições em diferentes abordagens. Carvalho e Ambiel (2016) ressaltam que a diferença de gênero no ciúme romântico, é pouco explorada no Brasil. Também, não são encontrados dados significativos na literatura quanto a diferença entre os sujeitos com suas diferentes orientações sexuais. A temática do ciúme romântico conta com poucas pesquisas de campo e instrumentos psicométricos, desta forma, sendo fundamental uma investigação para o aumento de dados objetivos sobre o tema.

OBJETIVOS

A pesquisa buscou identificar a intensidade do Ciúme Romântico em jovens universitários de uma instituição privada, em cada uma das dimensões, verificando se existia diferença por gênero e por orientação sexual; se o ciúme romântico é maior nos alunos que vivenciaram/vivenciam situações de ciúme no convívio familiar e se há relação entre o ciúme e a autoestima.

MÉTODO

É uma pesquisa descritiva e correlacional. A pesquisa descritiva apresenta características e fenômenos por meio de descrição e/ou estabelecimento de variáveis (Gil, 2002). No delineamento correlacional, há comparação de variáveis em dois momentos ou situações diferentes (Jones, 1995 citado por Campos, 2001).

Participantes

Participaram da pesquisa 234 estudantes de graduação de uma instituição privada que tinham acima de 18 anos, que não tinham dificuldades na leitura e escrita e que responderam aos questionários corretamente.

Instrumentos

Inventário de Ciúme Romântico Revisado (ICR-R): O Inventário de Ciúme Romântico foi elaborado por Carvalho, Bueno e Kebleris (2008), com 60 itens, para mensurar o ciúme romântico e avaliar a reação dos indivíduos diante de uma ameaça, real ou imaginária. Foi revisado por Carvalho e Bueno (2012) a partir da ideia de que o ciúme é despertado através da percepção do indivíduo do envolvimento do rival com seu parceiro. O instrumento utilizado conta com 30 itens que foram divididos em 6 fatores, o Fator 1 “Não contato com o parceiro” descreve pensamentos sobre infidelidade quando não se consegue contato com o parceiro. O Fator 2 “Contato parceiro-rival”, refere-se a

reações frente a percepção que o parceiro está estabelecendo um contato com um possível rival. O Fator 3 “Agressão ao parceiro” é sobre reações agressivas voltadas ao próprio parceiro, enquanto o Fator 4 “Agressão ao rival” retrata impulsividades agressivas voltadas ao possível rival. O Fator 5 “Autoestima” se refere a atribuição de culpa do indivíduo a si, pela infidelidade do parceiro. O Fator 6 “Investigação” é referente a comportamentos investigativos relacionados a fidelidade do parceiro (Carvalho & Bueno, 2012). Os participantes foram orientados a responder por meio de uma escala do tipo Likert, na qual "1" seria uma afirmação "nada característica" e "5" uma afirmação "totalmente característica" do comportamento apresentado pelo indivíduo. Quanto maior a pontuação, maior o nível de ciúme.

Questionário elaborado pelas autoras: Objetivava identificar variáveis sócio demográficas e de relacionamentos pessoais e amorosos dos participantes. Foi composto por 13 itens, sendo as questões 10, 11, 12 e 13 retiradas e/ou adaptadas de Silveira (2013).

Escala de Autoestima de Rosenberg: Publicada por Rosenberg e adaptada e validada no Brasil por Hutz (2000). Avalia a atitude e o sentimento do indivíduo frente a si mesmo. Classifica a autoestima somando-se todos os itens, sendo o resultado de 40 pontos a nota mais alta e o de 10 a mais baixa. É composta por 10 questões fechadas e é do tipo Likert, que permite ao indivíduo as opções de respostas: concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente.

Procedimentos

Foi solicitado o Termo de Autorização da Instituição ao Departamento Eventos, Trade e Promoção da Universidade São Judas Tadeu para que os dados da pesquisa pudessem ser obtidos no saguão principal. Após autorização, o Projeto de Pesquisa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética - CEP (parecer número 1.509.057, CAAE 55173416.9.0000.0089). Os participantes foram abordados, nos dias e horários agendados com o Departamento mencionado, leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e dessa forma, responderam aos instrumentos individualmente por aproximadamente 20 minutos.

Metodologia da Análise dos Dados

Foi realizada a digitação das informações no programa Microsoft Office Excel e para as análises estatísticas foi usado o software SPSS (Statistical Package for Social Science), versão 21.0. O nível de significância utilizado foi de 0,05, por ser o mais usado

para a área de Psicologia. Foram utilizados os testes Anova fator único, seguida do teste de Tukey, a correlação linear de Pearson e o t de Student para amostras independentes e quando o pressuposto da normalidade não foi atendido, foi utilizado o teste U de Mann-Whitney.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra foi composta de 234 indivíduos, sendo 152 mulheres (65%) e 82 homens (35%). A média de idade foi 21,6 anos (desvio padrão 4,4 anos). Os participantes eram provenientes de diferentes cursos de graduação, sendo que grande parte eram da área de Ciências Biológicas e da Saúde. Os cursos que mais tiveram participantes foram Psicologia (n= 45) e Engenharias (n= 40). A Orientação Sexual dos participantes foi predominantemente Heterossexual (90%, n=208). A maioria dos participantes (n=138) responderam que já presenciaram momentos de ciúme. E a frequência mais presenciada por estes participantes foi “às vezes” (59,4%; n=82).

Verificada a intensidade do ciúme romântico em cada uma de suas dimensões, observa-se na Tabela 1 que, o fator 2 (contato parceiro-rival) apresenta a maior média, mas ainda abaixo do ponto médio e o fator 4 (agressão ao rival) a menor média, indicando um traço pouco característico. O fator 2, tem relação ao parceiro do indivíduo manter proximidade com um rival; a pontuação pode ser associada com o fato de pessoas ciumentas poderem ter ambivalência de sentimentos (amor e desconfiança), com isso, pode sempre manifestar insegurança em relação à figura de um terceiro (Almeida, 2007).

Tabela 1

Descrição da média de ciúme romântico em todos os fatores do ICR-R

Fatores	Pontuação Mínima	Pontuação Máxima	Mé dia	Desvio Padrão
F1 - Não contato com o parceiro	1,00	5,00	1,7 3	0,76
F2 – Contato Parceiro-Rival	1,00	5,00	2,8 1	0,91
F3 – Agressão ao Parceiro	1,00	4,17	1,6 0	0,68

F4 – Agressão ao Rival	1,00	4,25	1,4 9	0,60
F5 – Autoestima	1,00	4,00	1,5 2	0,58
F6 - Investigação	1,00	5,00	1,8 7	0,87

Por meio do teste t de Student, observa-se na Tabela 2 que houve diferença significativa na pontuação nos fatores 1 (não contato com o parceiro), 2 (contato parceiro-rival), 3 (agressão ao parceiro) e 6 (investigação), sendo estatisticamente maior no gênero feminino. No estudo de Carvalho e Ambiel (2016), houve uma diferença entre a pontuação de ciúmes por gênero; para eles isso pode ocorrer pela crença de que o homem trai mais do que a mulher e isto é uma variável importante para o ciúme ser mais intenso nas mulheres.

Tabela 2

Comparação da média de ciúme em relação ao gênero do participante

	Gênero	N	Média	Desvio Padrão	t	p
Fator 1	Feminino	152	1,88	0,83	4,696	<0,001
Não contato com o parceiro	Masculino	82	1,47	0,50		
Fator 2	Feminino	152	2,99	0,91	4,401	<0,001
Contato Parceiro-Rival	Masculino	82	2,47	0,79		
Fator 3	Feminino	15 2	1,70	0,76	3,339	<0,001
Agressão ao Parceiro	Masculino	82	1,42	0,47		
Fator 4	Feminino	152	1,52	0,63	0,929	0,354
Agressão ao Rival	Masculino	82	1,45	0,53		

Fator	5	Feminino	152	1,47	0,59	-1,835	0,068
Autoestima		Masculino	82	1,61	0,53		

Fator	6	Feminino	152	2,02	0,90	4,039	<0,001
Investigação		Masculino	82	1,58	0,73		

Por meio do teste ANOVA, como observado na Tabela 3, não foi possível estabelecer relação estatisticamente significativa entre o ciúme romântico e orientação sexual, porém, devemos considerar que a maioria dos participantes eram heterossexuais (n=208).

Tabela 3

Comparação da média de ciúme romântico em relação à orientação sexual

	N	Média	Desvio padrão	F	p
Heterossexual	208	1,87	0,52548		
Homossexual	18	2,02	0,60477		
Bissexual	5	1,44	0,29193	2,39	0,094
Total	231	1,88	0,53182		

Houve relação estatisticamente significativa entre o participante ter presenciado ciúme na família com o aumento do ciúme no fator 3 (agressão ao parceiro) e, ainda que de maneira fraca, foi notada relação no fator 5 (autoestima), conforme observado na Tabela 4. Para Bueno e Carvalho (2012), as diferenças nas demonstrações do ciúme vêm da cultura e das predisposições psicológicas; podemos associar a cultura e as predisposições provenientes da família do indivíduo. Almeida, Rodrigues e Silva (2008), consideraram que quando uma pessoa da família sofre com o ciúme, isso pode alterar toda a família. Estas explicações são consonantes com o resultado obtido.

Tabela 4

Comparação da média de ciúme romântico das pessoas que relataram ter presenciado (ou não) situações de ciúmes em seu convívio familiar

	Ciúme na Família	Média	Desvio padrão	z*	p
F1 - Não contato com o parceiro	Sim	1,80	0,78	-1,5	0,122
	Não	1,63	0,72	5,4	
F2 - Contato Parceiro-Rival	Sim	2,88	0,94	-1,263	0,207
	Não	2,72	0,86	-	
F3 - Agressão ao Parceiro	Sim	1,70	0,72	-2,8	0,004
	Não	1,46	0,61	8,8	
F4 - Agressão ao rival	Sim	1,53	0,60	-1,6	0,106
	Não	1,44	0,60	1,7	
	Sim	1,58	0,60	-1,1	

F5 - Autoestima		1,	0,53	9	0,049
		43		7	
	Não			1	
F6 - Investigação	Sim	1,	0,89	-	0,533

90	0,
1,	0,84
6	6
82	2
Não	3

*Estatística z do teste U de Mann-Whitney

Houve correlação significativa e negativa nos fatores 1 (não contato com o parceiro), 4 (agressão ao rival) e 5 (autoestima) indicando que pontuações altas em ciúmes tem pontuações baixas em autoestima, ou seja, pessoas com muita intensidade de ciúmes tem baixa autoestima; como se observa na Tabela 5.

Tabela 5

Correlação da pontuação de autoestima com a pontuação do ciúme romântico (n = 233)

Correlação entre autoestima e fatores do ciúme	r	P
F1 – Não contato com o parceiro	-0,151	0,021
F2 – Contato Parceiro-Rival	-0,053	0,422
F3 – Agressão ao Parceiro	-0,040	0,542
F4 – Agressão ao Rival	-0,165	0,012
F5 – Autoestima	-0,313	<0,001
F6 – Investigação	-0,049	0,460

Nota. Uma pessoa não respondeu à escala de Autoestima e foi retirada apenas desta análise.

A autoestima abaixo da média pode estar relacionada com a agressividade, que pode ser uma característica da pessoa que apresenta o ciúme (Bueno & Carvalho, 2012), podemos fazer relação disso ao aumento da pontuação no fator 4 (agressão ao rival). Além disso, as reações ao ciúme procuram a preservação da autoestima ou do relacionamento (White, 1981, citado por Bueno et al. 2012).

CONCLUSÕES

O estudo objetivou identificar a intensidade de Ciúme Romântico de 234 estudantes universitários de uma instituição privada. Constatamos que o fator do contato do parceiro com um possível rival obteve maior pontuação, ou seja, houve maior tendência a ter ciúmes romântico relacionado ao contato do parceiro com outra pessoa. As médias femininas em relação às masculinas são mais altas exceto nos fatores relacionados à agressão ao parceiro e nível de autoestima. Não há relação entre o ciúme romântico e orientação sexual. Podemos estabelecer que pessoas que presenciaram ciúme na família tendem a ter aumento no fator 2 - agressão ao parceiro e diminuição no fator 5 – autoestima e, que pessoas com baixa autoestima tendem a ter alta pontuação de ciúme nos fatores 1, 4 e 5 (não contato com o parceiro, agressão ao rival e autoestima, respectivamente).

Embora a pesquisa tenha sido composta por uma amostra grande, ressaltamos que ela não abrange todos os estudantes de uma instituição privada de São Paulo. A partir dos nossos resultados, consideramos a importância de um futuro levantamento de dados que compreenda um número mais diversificado dos tipos de orientação sexual; haja vista que, não obtivemos uma ampla amostra nesta categoria e não há pesquisas que envolvem esta temática com o ciúme. Também recomendamos que novas pesquisas sobre o ciúme romântico sejam feitas, para contribuir com a produção científica da área.

REFERÊNCIAS

- Almeida, T. (2012). O ciúme romântico atua como uma profecia autorrealizadora da infidelidade amorosa?. *Estudos de Psicologia*, 29(4), 489-498.
- Almeida, T., Rodrigues K., & Silva, A. (2008). O ciúme romântico e os relacionamentos amorosos heterossexuais contemporâneos. *Estudos de psicologia (Natal)*, 13(1), 83-90.
- Almeida, T. (2007). *Ciúme romântico e infidelidade amorosa entre paulistanos: incidências e relações*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Bueno, J. M. H., Carvalho, L. F., & Kebleris, F. (2008). Estudos Psicométricos Preliminares do Inventário de Ciúme Romântico (ICR). *Avaliação Psicológica*, 7(3), 335-346.
- Bueno, J. M. H., & Carvalho, L. F. (2012). Um estudo de revisão do Inventário de Ciúme Romântico (ICR). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(3), 435-444.

- Bueno, J. M. H., Carvalho, L. F., Moreira, A. J. F., Capelo, A. M. A. B., Fernandes, A. M. C., Vasconcelos, M.F.G., ... Marques, V.S.L. (2012). Adaptação do Inventário de Ciúme Romântico (ICR) para a População Portuguesa. *Psico-USF*, 17(3), 397-406
- Campos, L. F. L. (2001). *Métodos e técnicas de pesquisa em Psicologia*. São Paulo: Alínea.
- Carvalho, L. F. & Ambiel, R. A. M. (2016). Diferenças entre os sexos no ciúme romântico: um estudo brasileiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 143-155.
- Colaciti, L. D. (2016). *Influências das posturas abertas e fechadas no equilíbrio estático e na autoestima*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, São Paulo.
- Conceição, T.R.B., Martins, R.C. & Freitas, B.R. (2015). O ciúme romântico entre gêneros: uma visão sociopsicológica. *Revista Psicologia em Foco*, 7(9), 53-66.
- Costa, A. L. (2010). *Contribuições para o estudo do ciúme excessivo*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Costa, N. (2005). Contribuições da psicologia evolutiva e da análise do comportamento acerca do ciúme. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 7(1), 005-013.
- Dini, G. M., Quaresma, M. R., & Ferreira, L. M. (2004). Adaptação Cultural e Validação da versão brasileira da escala de auto-estima de Rosenberg. *Revista da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica*, 19(1), 41-52.
- Gil, A. C. (2002). Como classificar as pesquisas. In A. C. Gil, *Como elaborar projetos de pesquisa* (pp. 41-57). São Paulo: Atlas.
- Gouveia, V. V., Silveira, S. S., Santos, W. S., Souza, S. S. B., Belo, R. P. (2015). Escala de Ciúme Romântico (ECR): Evidências Psicométricas de uma Versão Reduzida. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35(2), 326-341.
- Mallmann, C. J. (2015). Ciúmes: do normal ao patológico. *Estudos de Psicanálise* (43), 43-50.
- Silveira, S. S. (2013). *Escala de ciúme romântico (ECR): evidências psicométricas de uma versão reduzida*. Monografia ao curso de Psicologia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

Tolentino, T. M., Maia, M. F. M., Formiga, N. S., Sousa, B. V. O., & Melo, G. F. (2016). Modelagem estrutural fatorial e consistência interna da escala de autoestima de Rosenberg em adolescentes brasileiros. *Revista de Psicologia*, 6(2), 40-49.

NEGLIGÊNCIA FAMILIAR: QUANDO NINGUÉM ME VÊ

Jessica Oliveira de Paula

Bruna da Paixão

Roberto Evangelista

RESUMO

Objetivou-se neste estudo a compreensão dos danos que a negligência causa às vítimas de abuso sexual infantil, principalmente em relação a sua invisibilidade e suas consequências psicossociais. Através de vinhetas extraídas de vários boletins de ocorrência e demais relatórios lavrados em uma delegacia da mulher, foi possível refletir sobre o segredo familiar e a relação distanciada entre pais e filhos.

Palavra chave: Negligência; Abuso sexual; Winnicott; Psicanálise.

A importância do holding no desenvolvimento emocional

Segundo Winnicott, o bebê no início da vida não é capaz de distinguir o 'eu' do 'não eu', como também não integra o soma e a psique. Assim, só é possível a continuidade do ser com a identificação da mãe através da preocupação materna primária. A unidade mãe-bebê é que constitui o 'vir a ser' e a preocupação materna primária é o que possibilitará à adaptação da mãe às necessidades do bebê. Deste modo, conforme o bebê naturalmente se desenvolve essa preocupação se ausenta possibilitando a confiança do bebê no mundo externo (Winnicott, 1999 citado por Esteves, Anton, Piccinini, 2011).

Diante do escopo winnicotiano, vale destacar a falta de previsibilidade enquanto um dos grandes problemas na falha do que é básico para a tendência inata ao amadurecimento, como também a sustentação compreende de fato a amplitude da palavra. Neste diapasão, o sustentar não visa apenas o corpo físico do bebê, mas, sobretudo o que virá a ser seu ego e, certamente, possibilitará ou não um desenvolvimento psicológico satisfatório. Deste modo, por intermédio do holding, a criança encontra-se apta a desenvolver uma confiança no ambiente, podendo viver de maneira saudável seu desenvolvimento emocional (Winnicott, 1999).

Claro está que o bom desenvolvimento emocional do bebê está diretamente ligado à saúde da mãe, porém é correto dizer que apesar da responsabilidade atribuída à mãe, é um conhecimento que não se pode ensinar, ela simplesmente sabe. Para Winnicott ou a mãe é devotada ou ela não é (Winnicott, 1999).

Quando ninguém me vê

Atitudes de negligência são para a vítima agressões muito cruéis e dificultadoras de uma boa comunicação. Particularmente em casos de abuso sexual, a negligência vem a ser um agravante na condição de vulnerabilidade da criança. Este estudo faz reflexões sobre o quão se torna prejudicial a omissão enquanto fator negligencial por parte dos pais, interferindo drasticamente sobre o processo de elaboração da criança acerca do fato ocorrido.

De acordo com Donald Winnicott, o ser humano depende do cuidado e atenção de outro ser humano. A mãe é mais que um agente de modelagem humano. É através da unidade com a criança que a mãe fornece uma força impulsionadora essencial para seu amadurecimento. Ela, enquanto suficientemente boa, proporcionará ao bebê a ilusão de que ele é quem cria o mundo através de seus pensamentos, possibilitando assim, a experiência primária.

Quando o trauma se instala

Winnicott diz que há uma potencialidade vinda com o ser humano junto ao seu nascimento, para o desenvolvimento de sua parte psíquica da integração psicossomática. Naturalmente quanto maior a dependência, mais a confiabilidade torna-se crucial. A ausência ou a quebra das condições de confiabilidade resultam necessariamente em trauma. O trauma está ligado à dependência do bebê para com a mãe, por sua vez, a dependência está relacionada à confiança, resultando então na relação mãe e bebê. Dentre os três estágios da relação do bebê com o mundo, o terceiro diz respeito ao momento em que o bebê é surpreendido pelo mundo e tem que reagir a essa intrusão. Sendo assim, o trauma está em ter que reagir às intrusões externas, não podendo simplesmente agir naturalmente. Ele é quem é surpreendido pelo mundo, quando ao estar no colo da mãe, por exemplo, a mãe por um barulho repentino tenha que se levantar rapidamente ou tenha um movimento mais bruto por algum motivo. Segundo Dias (2006), a repetição da necessidade de reagir é o que instala o trauma, interrompendo a continuidade do ser.

Essa é uma evolução natural do desenvolvimento do bebê, pois o bebê que foi inserido no ambiente é capaz de surpreender o mundo e no momento certo ser surpreendido por ele. Porém, a repetição dessa intrusão do ambiente pode originar o trauma. (Winnicott, 1999)

Neste caso, o mais prejudicial não é ser surpreendido em momento errado pelo ambiente, mas a maneira pela qual se responde a essa intrusão externa. O trauma instala-se então pela repetição dessa resposta. Conforme a frequência com que o bebê precisa reagir a intrusão, impede-se a tendência ao amadurecimento natural. Sendo assim o trauma é a intrusão que obriga uma reação do bebê e essa reação impede a continuidade do ser.

Objetivo

O presente trabalho investiga por meio de vinhetas extraídas de vários boletins de ocorrência e de outros registros transcritos em uma delegacia da mulher, aspectos da invisibilidade familiar e suas intercorrências danosas à criança e adolescente, vítimas de abuso sexual.

METODO

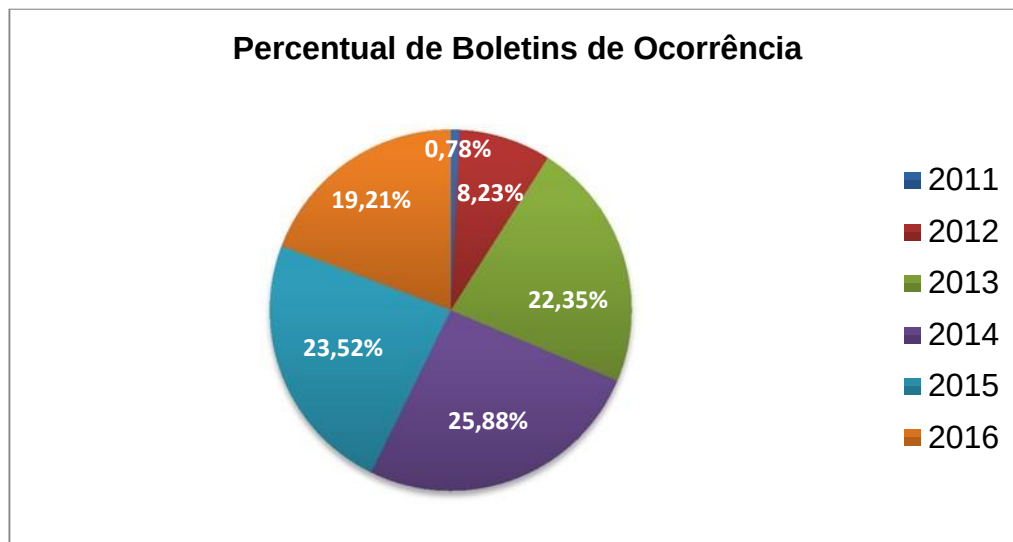
A pesquisa é de natureza exploratória resultante de dados extraídos dos documentos lavrados no período de 2011 a 2016 em uma particular Delegacia de Defesa da Mulher. Para efeitos de estudo foram registrados em uma planilha as ocorrências no período supramencionado. Em seguida, foram selecionados dois casos, tendo como critério, a presença marcante da negligência familiar de abuso de vulnerável, como também, as experiências anteriores dos pais, de certa forma relacionada a falta do manejo e do suporte à criança e ao adolescente.

Os dados foram apresentados inicialmente de forma quantitativa, ilustrados por meio de gráfico. As cifras não registradas superam as denunciadas nas delegacias brasileiras, denotando ainda mais a negligência perpetrada pelos familiares nesta seara. Em seguida, os dados foram apresentados em forma qualitativa por meio de vinhetas focalizando aspectos vividos pelas vítimas, os quais denotam a negligência e os danos psicológicos sofridos.

Destaca-se que as vinhetas selecionadas dos casos orientam o leitor sobre o sentimento e o significado das histórias das vítimas de abuso sexual e psicológico, assim como seus pais e/ou responsáveis. Por fim, os dados foram analisados de acordo com o aporte winnicottiano.

Resultados e discussão

Os dados acerca dos B.Os. analisados são apresentados no gráfico abaixo.



Fonte: Delegacia de Defesa da Mulher.

Os boletins correspondem à faixa etária entre 0 a 47 anos de idade de ambos os sexos. Os números retratam obviamente apenas os casos de abuso lavrados na delegacia daquele município. Várias são as razões da não denuncia e, dentre elas, destaca-se a negligência intrafamiliar e extrafamiliar perpetradas por muitos pais e outros adultos responsáveis diretos e indiretos pelo desenvolvimento das crianças e adolescentes. Nota-se que apesar de significativa a denúncia de violência sexual nestes últimos cinco anos, há certa estabilidade no percentual de registros de BO com exceção dos anos de 2011 e 2012.

Em relação às vinhetas, destacam-se:

A falta de sustentação materna e o sentimento de invisibilidade no viver

O momento não havia sido planejado nem por Letícia (filha, 15 anos) e nem por Rosana (genitora) para tratar sobre o assunto. Não foi o primeiro caso de abuso sexual dentro da família pelo mesmo abusador, demonstrando que era um tabu que protegia o abusador e o assegurava para novos abusos. O abusador (avô materno) foi quem por muito tempo manteve a família financeiramente.

Letícia diz a um dos profissionais da delegacia sem o consentimento da sua mãe: **“Eu vou te contar uma coisa, mas você não conta pra ninguém, pelo amor de Deus. É um segredo que não poderia ser revelado a ninguém”**.

Fica claro a falta de confiabilidade de Letícia no ambiente familiar. No aporte winnicottiano a mãe suficientemente boa é o ambiente seguro e confiável para a criança. Não encontrando essa confiabilidade na mãe, torna-se mais difícil confiar no ambiente e no outro. É lícito afirmar que Rosana (genitora), não proporciona a filha

(Letícia) um holding adequado, exigindo de forma intrusiva e violenta a uma adaptação forçada de Leticia, ou seja, Leticia é obrigada a se adaptar à necessidade de sua mãe (não contar sobre o ocorrido em hipótese alguma).

Durante a permanência na delegacia, Rosana sutilmente sem que ninguém percebesse disse a Letícia: **“Você é fraca! Eu passei por isso e só você está agindo assim!”**.

O ‘isso’ é o assunto que não pode ser tratado, dito o nome. A boa comunicação entre pais e filhos incentiva a criança a falar sobre o que sente, facilitando o controle de suas emoções. Nota-se nesta afirmativa um implante violento de um falso self.

Letícia: **“A minha mãe não me ouve! ”**

Para Leticia torna-se difícil falar com sua mãe sobre o que sente com o ocorrido (o abuso de seu avô). Leticia quer falar. Sua mãe não quer ouvir. Ouvir para Rosana significa entrar em contato com as suas emoções negativas (o abuso de seu próprio pai).

Vê-se, então, que Rosana está sobre atuação do falso self, que se manifesta entre o contato do bebê com uma mãe incapacitada de reconhecer, validar e sancionar as necessidades do mesmo, fazendo com que ela obedeça e retenha suas próprias insuficiências. Rosana não consegue emprestar o seu ego à sua filha.

Letícia: **“Tentei pular da janela por que fiquei pensando no que minha mãe disse... fraca e que não era pra contar o que tinha acontecido”**.

Frente a uma falha ambiental, o falso self se forma no intuito de suprir essa falha da função materna, defendendo e protegendo o verdadeiro self, e dando-lhe aptidões para que ele se desenvolva. Segundo Winnicott no início da vida do bebê existe algo denominado dependência absoluta, caracterizando como um estado de fusão entre mãe e bebê. Nesse estado o bebê é um ser totalmente dependente da mãe, o ego fraco do bebê apoia-se no ego da mãe na intenção de desenvolver-se. Na dependência absoluta é importante que a mãe esteja adaptada às necessidades do bebê. Uma mãe devotada é uma mãe capaz de perceber o bebê e fornecer-lhe o que ele precisa, sustentando-o tanto fisicamente quanto emocionalmente. A mãe que não se identifica com o bebê, adaptando-se às suas necessidades não consegue cuidar do mesmo e sustentá-lo, favorecendo a sua potencialidade inata para o desenvolvimento. É comum então encontrar mães não adaptadas que terceirizam o cuidado dos filhos à outras pessoas. Para Winnicott, ter/ser uma mãe suficientemente boa é uma questão de sorte, pois assim como não se pode ensinar a mãe a ser suficientemente boa, também não se pode prever seu desempenho. (Winnicott, 1999)

No caso em tela, há fortes indícios de uma terceirização dos cuidados maternos, quando Rosana diz explicitamente ser uma mulher de negócios, uma executiva muito determinada e que exerce certo domínio em sua família nuclear onde todos se sujeitam a suas ordens e influências. Diz também não ter muito tempo, seus filhos ficam aos cuidados de uma auxiliar do lar. O genitor pouco se envolve na história, inclusive não fala sobre o assunto com a própria esposa Rosana e se quer com sua filha. Parece que Rosana está identificada apenas com o papel de provedora financeira do lar, tal como o abusador de ambas. Rosana alega não ter denunciado o abusador na infância pelo fato dela ter uma dívida de gratidão para com o abusador por conta da provisão financeira.

E agora, qual o motivo da recusa de Rosana em denunciar o próprio pai e simultaneamente empoderar a filha para denunciar o mesmo abusador, uma vez que Rosana agora é a própria provedora do lar? A não denuncia (negligência) neste caso, pode ser vista também como outro abuso de vulnerável.

A negligência com a criança retrata a quebra da confiança nos pais e no ambiente, propondo então uma falha na maternagem e no ambiente enquanto facilitador. Uma criança impossibilitada de confiar nos pais torna-se também impossibilitada de confiar em si e no ambiente. É de se supor que Rosana também enquanto criança não contou com uma mãe e um ambiente suficientemente bom, repetindo o padrão com sua filha. Provavelmente uma história geracional de negligência familiar.

Em casos de abuso de vulnerável um erro grave e constante que propicia a negligência de cuidados, é a falta de diálogo ou um diálogo pouco assertivo entre pais e filhos, resultantes de uma mãe (função materna) que não se devotou de maneira adequada à criança e que diante das necessidades da mesma, volta-se para seus próprios traumas. Em uma das visitas feitas por Letícia à DDM para dar depoimento sobre o ocorrido, Rosana chama Leticia em um canto e chora enquanto aponta o dedo no rosto da filha dizendo algo que não se pode ouvir, enquanto Leticia de cabeça baixa não reage. Após essa cena, Leticia entra na sala de depoimento e confirma a história de que foi de fato abusada.

Uma inabilidade social pode ser recorrente também, pois a criança não se relaciona bem com seu corpo, não tendo o cuidado devido, podendo ocasionar o afastamento do convívio social, além de um comportamento agressivo de quem precisa estar sempre a sua defesa, já que não tem quem o faça por ele.

O segredo enquanto um consenso familiar

O abuso sexual infantil de origem incestuosa é um problema da dinâmica familiar. O abuso não é consensual por parte da vítima, porém torna-se consensual pela família, que se encontra impedida de denunciar ou até mesmo de dar a devida atenção ao fato por se tratar de uma ferida familiar, um segredo que não pode ser falado. Isto fica explícito no caso Rosana e Leticia.

Em outro caso também de abuso sexual durante a infância, a vítima chamada Julia, outra adolescente diz: 'A vítima de abuso sexual, continua sempre sendo vítima o resto da vida. Eu não acredito em cura, eu acredito talvez em superação'. De fato, em muitos casos a vítima de abuso sexual continua sendo vítima em outras circunstâncias da vida, exatamente por não ter aprendido a confiar no ambiente, por ter sido invadida em um período de desenvolvimento natural. De acordo com a visão winnicottiana, o trauma pode ser tratado no sentido de elaboração do mesmo. Através de um movimento de resignificação, a criança e o adolescente terão a possibilidade de retomar o desenvolvimento emocional outrora interrompido.

Frequentemente se constata que o núcleo familiar carece de um atendimento multidisciplinar. Compreende-se que em uma situação de abuso sexual potencializado com uma negligência familiar, o problema é anterior ao abuso propriamente perpetrado e, em muitas situações, a negligência familiar é um marcador importante para a perpetração do abuso. Instaurada a negligência durante o desenvolvimento da criança, é necessário urgentemente reparar os danos do abuso na família focando na reestruturação de uma dinâmica familiar satisfatória.

Em casos em que existe a negligência familiar, notoriamente existe também uma falha na comunicação entre pais e filhos. Entender o porquê existe essa falha e como se pode repará-la, é de grande proveito para todos os envolvidos. Com base em experiências recentes dos autores deste estudo, ainda que de forma incipiente, sugerem-se intervenções inicialmente separadas com os pais para o devido acolhimento e fortalecimento para uma provisão ambiental adequada e, posteriormente, colocá-los em contato com a criança abusada para um convite a falar e expressar sobre o ocorrido.

Considerações finais

Por diversos motivos, todas as crianças necessitam de acolhimento, assistência e sustentação. As que sofrem abusos são desrespeitadas, negligenciadas e invisíveis

enquanto ser humano. Obviamente, ambas as agressões (negligência familiar e o abuso propriamente perpetrado) são cruéis. Entretanto, somadas, potencializam o aniquilamento da tendência inata de vir a ser.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Código Penal - http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm

Dias, Elsa Oliveira. (2006). Caráter temporal e os sentidos de trauma em Winnicott. *Winnicott e-prints*, 1(2), 1-8. Recuperado em 03 de novembro de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2006000200001&lng=pt&tlng=pt.

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente. Brasília: Edições Câmara, 13º Ed. 2015.

Esteves, Carolina Marocco, Anton, Márcia Camaratta, & Piccinini, Cesar Augusto. (2011). Indicadores da preocupação materna primária na gestação de mães que tiveram parto pré-termo. *Psicologia Clínica*, 23(2), 75-99. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652011000200006>

Evangelista. R, *Considerações gerais acerca da preocupação materna primária: um olhar winnicottiano*. São Paulo.

Lescovar, Gabriel Zaia. (2004). As consultas terapêuticas e a psicanálise de D. W. Winnicott. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21(2), 43-61. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2004000200004>

Lobo. L, 1933- *O Sequestro das Emoções: Como desenvolver os sentimentos da criança e educar seu filho para controlar as emoções e ser feliz*. Rio de Janeiro: Lacerda, 1999.

MPF – Ministério Público Federal. A lei garante a proteção contra o abuso e a exploração sexual. Disponível em: <http://www.turminha.mpf.mp.br/direitos-das-criancas/18-de-maio/copy_of_a-lei-garante-a-protecao-contra-o-abuso-e-a-exploracao-sexual>. Acesso em: 20 nov. 2016.

Winnicott, D, 1896-1971 . *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 2ª ed.1999.

A EQUIPE DE SAÚDE MENTAL NO PROJETO CANUDOS 2016:

RELATO DE EXPERIÊNCIA¹⁸

Gleise Sales Arias¹⁹

Karoline Torres²⁰

Milena de Azevedo Simoni²¹

Yago Jacinto Neves²²

Victor Hugo de Oliveira Bigoli²³

RESUMO

Trata-se de um Relato de Experiências, que tem o objetivo de descrever as intervenções executadas pela equipe de saúde mental no “Projeto Canudos” 2016, um projeto de extensão universitária da Universidade Metodista de São Paulo, em parcerias com outras instituições, como o Centro Universitário Fundação Santo André e a Faculdade de Medicina do ABC, que visa promover a saúde, diagnosticar e prevenir doenças, fortalecendo a cidadania da população de Canudos Velho, no sertão da Bahia. Em quatro diferentes ações anuais, a equipe atua em diferentes áreas, como Odontologia, Medicina, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Enfermagem, Pedagogia e outras. Na ação de junho/julho 2016, a equipe de Saúde Mental, composta por quatro alunos de Psicologia, uma Assistente Social e uma professora coordenadora, desenvolveu atividades junto à comunidade, tais como: Plantão Psicológico, Oficinas Terapêuticas, Atuação na Escola, Atendimento Visitas domiciliares e discussões de casos. Percebeu-se que o sofrimento psíquico expresso pela maioria dos participantes diz respeito aos relacionamentos interpessoais e dificuldades em acessar seus direitos e os serviços básicos de saúde. Buscou-se criar contextos de prevenção e promoção à saúde, visando exaltar a autoestima dos moradores e alternativas para continuidade dos tratamentos de saúde, mesmo com a dificuldade de acesso aos equipamentos públicos.

Palavras-chave: Plantão Psicológico, Saúde Mental, Canudos Velho.

¹⁸ Trabalho premiado pela Comissão Científica – na sessão de Poster da 14ª Jornada APOIAR

¹⁹ Centro Universitário Fundação Santo André - Coordenadora do Projeto Canudos
gleisepsico@hotmail.com

²⁰ Centro Universitário Fundação Santo André - Aluna Voluntária do Projeto Canudos 2016

²¹ Universidade Metodista de São Paulo- Aluna Voluntária do Projeto Canudos

²² Centro Universitário Fundação Santo André - Aluno Voluntário do Projeto Canudos 2016

²³ Universidade Metodista de São Paulo- Coordenadora do Projeto Canudos

O Projeto Canudos é um projeto de extensão universitária da Universidade Metodista de São Paulo, em parcerias com outras instituições de ensino como a Faculdade de Medicina do ABC e o Centro Universitário Fundação Santo André, que visa promover a saúde, no sentido mais amplo, além de diagnosticar e prevenir doenças, fortalecendo assim a cidadania da população de Canudos Velho.

A comunidade de Canudos Velho, localizada no sertão do estado da Bahia, na região nordeste do Brasil. É uma região cultural de alto potencial, fundada por Antônio Vicente Mendes Maciel - conhecido como Antônio Conselheiro. Foi berço de uma das maiores revoluções do país, a chamada “Guerra de Canudos”. A região atualmente enfrenta, assim como, grande parte do sertão nordestino brasileiro, problemas com a seca e a dificuldade de acesso à saúde básica e ao gerenciamento social. Trata-se de uma comunidade com cerca de 800 pessoas, onde em sua maioria são gerenciadas por mulheres ou os filhos mais velhos, pois uma quantidade significativa de homens emigra para trabalhar e arrecadar meios de sustentação (Bigoli, 2013).

Em quatro diferentes ações anuais, alunos, professores e profissionais voluntários atuam na comunidade em Canudos Velho e em vilarejos do entorno, em diferentes áreas do conhecimento, como Odontologia, Medicina, Psicologia, Serviço Social, Fisioterapia, Enfermagem, Biomedicina, Nutrição, Biologia, Medicina Veterinária, Engenharia Elétrica e Ambiental, Pedagogia, Educação Física e outras.

Na ação de 2016 a equipe de Saúde Mental, composta por uma professora coordenadora, quatro alunos do curso de psicologia de diferentes instituições de ensino, tais como Centro Universitário Fundação Santo André, Universidade Metodista de São Paulo e Faculdade Santo Agostinho – Piauí e uma profissional Assistente Social, desenvolveu atividades junto da comunidade e equipe como: Plantão Psicológico, Oficinas Terapêuticas e Culturais, Atuação na Escola, Atendimento em Equipe Multidisciplinar e discussões de casos em grupo com a equipe de voluntários.

Assim, o objetivo deste trabalho é descrever as intervenções executadas pela equipe de saúde mental na ação de 2016 do Projeto Canudos e ainda demonstrar como psicólogos podem trabalhar em projetos desta natureza, fomentando a participação de novos voluntários.

Trata-se, portanto, de um Relato de Experiências, modalidade de pesquisa que se sustenta nos modelos de estudo exploratórios e descritivos. Segundo Gil (2002) o estudo exploratório, como o próprio nome diz, pretende explorar determinado objeto ainda pouco estudado e propicia uma visão geral de determinado fato. Trata-se de uma descrição direta da experiência.

A EXPERIÊNCIA EM CANUDOS

A seguir relataremos as intervenções realizadas pelos alunos integrantes da equipe de Saúde Mental, do Projeto Canudos 2016, realizado na comunidade de Canudos, no sertão da Bahia.

O Plantão Psicológico

Nas ações de julho, o plantão psicológico foi uma técnica utilizada para atender cerca de 30 moradores da região, sendo a faixa etária de 5 a 72 anos, de ambos os gêneros, que chegaram até a equipe de psicologia por encaminhamento da triagem de saúde geral, por áreas específicas e por busca espontânea. Os atendimentos foram realizados em um local reservado, na própria comunidade, que continha duas cadeiras para atendimentos de adultos e um espaço com material lúdico para atendimento infantil.

consiste em uma técnica em que o psicólogo se coloca disponível para a escuta e acolhimento imediato do sofrimento de quem procura ou é encaminhado por outros setores. Schmidt (2004) nos mostra que a escuta psicológica, vivências e situações conflituosas atuais do indivíduo, tendo como objetivo entender a demanda e o que esta representa para o mesmo, buscando assim aliviar o sofrimento do indivíduo.

Acresce-se ainda que o embasamento teórico das técnicas de avaliação e intervenção, técnicas de entrevista, de diagnóstico interventivo (Tardivo, 2006) e técnicas de psicoterapia breve no enfoque psicanalítico proposto por Knobel (1986), da escuta psicológica, enquadre, *rapport* e observação, são propostas intervenções que desenvolvam os aspectos mais saudáveis da personalidade dos das pessoas atendidas.

As Oficinas Terapêuticas

A oficina terapêutica é um instrumento muito utilizado hoje em dia nos trabalhos em saúde mental (Arias, 2008). Se trata de um espaço de fala, construção coletiva e auto-expressão. “Além disso, avançam no caminho da reabilitação, pois exercem o papel de um dispositivo construtor do paradigma psicossocial” (Azevedo & Miranda, 2011, p.341). São atividades desenvolvidas em grupo sob a orientação de um profissional, visando propiciar uma maior integração social e familiar, manifestação de sentimentos e problemas, desenvolvimento de habilidades corporais, realização de atividades produtivas e exercício coletivo da cidadania. (Brasil, 2004).

As oficinas realizadas durante o Projeto Canudos 2016 foram Cada participante criou um boneco inspirado em si mesmo, dando ênfase aos detalhes individuais, como cor da pele, cabelo e vestimenta, utilizando como material base fita crepe e papel higiênico. Esta oficina teve como objetivo trabalhar imagem corporal e identidade, além de estimular as crianças a criarem seus próprios brinquedos. de desenho livre, onde se priorizou a livre expressão individual de cada participante, com o objetivo de trabalhar o desenvolvimento afetivo, relacional e psicomotor.

As Visitas Domiciliares

Os alunos integrantes da equipe de também participaram das visitas e atendimentos domiciliares em equipe multidisciplinar, que foi uma das ações de diagnóstico, prevenção de doenças e promoção de saúde realizada no Projeto Canudos. As visitas domiciliares foram baseadas no modelo de Estratégia de Saúde da Família, que segundo o Ministério da Saúde do Brasil (2012), faz parte da reorganização de atenção básica no país, visando à consolidação do processo assistencial sustentado pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). As equipes de Saúde da Família (ESF) tem as atribuições de realizar o cuidado à saúde, conforme a necessidade da população, garantir atenção à saúde por meio de ações que visem a promoção, prevenção e recuperação da saúde para a manutenção da comunidade, entre outros.

Na ação, as equipes foram compostas em média por quatro estudantes de diferentes áreas, que visitaram em média 50 casas da comunidade de Canudos Velho, nas quais puderam conhecer a dinâmica das famílias visitadas através da observação, escuta e de um roteiro de entrevista previamente elaborado.

A Atuação Na Escola

Em 2016, a Psicologia trabalhou juntamente com a Pedagogia com a proposta inicial de empoderar os profissionais acerca das potencialidades da educação multisseriada e utilizar a escuta que fosse para além de questões aparentes, “uma escuta subjetiva, implícita, que veja nos conflitos escolares uma história, um choque cultural, uma humilhação política, uma luta de classes e relações de poder” (Alves & Silva, 2006).

Foram realizados três encontros grupais, nos quais participaram a diretora da escola, quatro professores e uma professora auxiliar. Os principais temas discutidos foram: dificuldade de inclusão da pessoa com deficiência no contexto escolar – atualmente, a escola recebe um aluno surdo, o relacionamento entre a família e escola e os obstáculos da falta de materiais e demais recursos. A equipe participou ainda de uma reunião de pais e mestres, a fim de prestar esclarecimentos acerca da importância da participação da comunidade na escola e discutir questões referentes a relação escola- família.

Diante das questões supracitadas e a angústia apresentada pelos docentes, foram realizados debates, orientações, indicações de documentários e leituras. Estas discussões tinham como objetivo o fortalecimento grupal e ressaltar aspectos positivos que a escola já possui, capacitando-os para buscar soluções e recursos para os problemas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Projeto Canudos acesso da população de Canudos Velho a determinados serviços de saúde, levando em consideração a história da comunidade, bem como suas tradições e cultura.

O trabalho realizado na comunidade em questão é contínuo, o que mostra resultados na direção do seu gradativo desenvolvimento. Com este avanço, pensou-se em criar contextos de prevenção e promoção à saúde, pensando sempre em como exaltar a auto-estima dos moradores, focando em ressaltar aspectos positivos e alternativas para continuidade dos tratamentos, como encaminhamentos aos equipamentos de saúde próximos a localidade.

Concluimos que, além dos atendimentos e atividades realizadas, foram feitas novas observações acerca das demandas da população que mudam concomitantemente com sua aquisição de autonomia, assim, a cada ação do projeto, percebemos novas demandas de trabalho a serem realizados.

REFERÊNCIAS

Alves, C. P., & Silva, A. C. B. (2006). Psicologia escolar e psicologia social: articulações que encontram o sujeito histórico no contexto escolar. *Psicologia da Educação*, (23), pp.189-200. Recuperado em 05 de novembro de 2015, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752006000200010&lng=pt&tlng=pt.

Arias, G. S. (2008) *Psicodinâmica familiar a partir da percepção de crianças indígenas Guarani Mbya de São Paulo*. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde), Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo.

Azevedo, D; Miranda, F. (2016). Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Esc Anna Nery*, 15(2), pp. 339-45. Recuperado em 20 ago de 2015, de < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a17>>.

Benevides, D. S., Pinto, A. G. A., Cavalcante, C. M., & Jorge, M. S. B. (2010). Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(32), pp.127-138. Recuperado em 05 de novembro de 2015, de <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000100011>

Bigoli, V. H. O. (2013). *Proposta projeto Canudos Velho*. São Bernardo Campo. UMESP.

Bleger, J. (1991). *Temas de Psicologia: Entrevista e grupos* (5 ed). São Paulo: Martins Fontes.

Bleger, J. (1991). O grupo como instituição e o grupo nas instituições. In: Kaës, R. et al. (Orgs.). *A instituição e as instituições*. São Paulo. Casa do Psicólogo.

Brasil (2004). *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, Ministério da Saúde.

Ferioti, M. L. (2009). Equipe multiprofissional, transdisciplinaridade e saúde: desafios do nosso tempo. *Vínculo*, 6(2), pp.179-190. Recuperado em 05 de novembro de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902009000200007&lng=pt&tlng=pt.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar um projeto de pesquisa*. (4 ed). São Paulo: Atlas.

Gomes, F. M. D. (2012). Plantão psicológico: atendimentos em situações de crise. *Vínculo*, 9(2), 18-26. Recuperado em 05 de novembro de 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902012000200004&lng=pt&tlng=pt.

Knobel, M. (1986). *Psicoterapia Breve*. (2 ed.). São Paulo: EPU.

Mahfoud, M. (1987). A Vivência de um Desafio: Plantão Psicológico. In: Rosemberg, R. *Aconselhamento Psicológico Centrado na Pessoa*. São Paulo: EPU.

Política Nacional de Atenção Básica. BRASIL, Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

Acesso em 08 fev. 2014, de <http://bvsms.saude.gov.br>.

Tardivo, L. C. (2006). O atendimento em Psicodiagnóstico Interventivo na clínica-escola: o encontro entre os pacientes, os terapeutas e os estudantes de psicologia. Em N. A. Silva Neto & D. M. Amparo (Orgs.), *Métodos projetivos: instrumentos atuais para a investigação psicológica e da cultura. Anais do IV Congresso Nacional da Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos* (pp. 334-341). Brasília: Associação Brasileira de Rorschach e Métodos Projetivos.

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA SOBRE VIOLÊNCIA SEXUAL NO BANCO DE DADOS SCIELO²⁴

Bruna Luiza Cyrillo Di Lascio¹

Camila Mamede Cabral²³

Felipe Carvalho Damacena Cabral²³

Mariana França de Araujo Cabral²³

Thais Gonçalves Gomes²⁵

Cláudia Borim da Silva²⁶

Geisa Graciete Rafael²⁷

RESUMO

É inegável a presença da violência sexual em todos os meios de convívio humano, esta lesiona física e psicologicamente os indivíduos por ela vitimados. Desenvolveu-se este estudo teórico com o objetivo de analisar as produções científicas acerca da temática violência sexual encontradas na base de dados SciELO. Os descritores utilizados foram violência sexual e Psicologia. Analisou-se o número de vocábulos dos títulos; tipo e gênero de autoria; estrutura dos resumos (frase inicial, objetivo, participantes, método, resultados e conclusão); população contemplada; tipo de estudo e de análise. Levantou-se 56 artigos; eliminou-se 42 artigos que não atendiam ao objetivo do estudo, totalizando-se 14 artigos para a análise. Os resultados revelaram que: a maioria dos títulos dos artigos possuía mais de 12 termos; as autorias eram 58,0% múltipla e 83,4% do gênero feminino; a maioria dos resumos continha estrutura adequada às normas de produção científica; a população mais contemplada pelas produções encontradas foi a de crianças e/ou adolescentes; os estudos de levantamento e de análise qualitativa foram os mais utilizados. Conclui-se que com o termo "abuso sexual" provavelmente seriam encontrados mais artigos para análise. Infere-se a necessidade de contínuas produções e análises acerca do tema.

Palavras-chave: Violência Sexual, Psicologia, Revisão Sistemática.

INTRODUÇÃO

²⁴ Universidade São Judas Tadeu, São Paulo

²⁵ Graduandas e graduando em Psicologia na Universidade São Judas Tadeu.

²⁶ Doutora em Educação Matemática.

²⁷ Psicóloga especialista em Psicologia Hospitalar e Mestranda em Ciências do Envelhecimento.

Violência pode ser definida como “todo agenciamento capaz de violar os Direitos Humanos” (Saffioti, 1999, citada por Cortez & Souza, 2008, p.171) ou como a “conversão da diferença numa relação de desigualdade, e que objetiva a dominação, a exploração e a opressão do outro por meio de sua coisificação” (Chauí, 1999, citada por Cortez & Souza, 2008, p.171), sendo a violência sexual uma de suas expressões. Desta forma, o propósito deste estudo foi analisar as produções científicas acerca da temática.

Embora, segundo Faleiros e Campos (2000, p.9), a literatura sobre violência sexual tente separar as violências entre física, psicológica e sexual, intra e extrafamiliar e violências estrutural e institucional, as autoras explanam que tais formas de violência tendem a se perpassar umas às outras, acontecendo simultaneamente, e que tais cisões podem trazer equívocos acerca dos termos.

Devido à complexidade do tema e a diversidade de abordagens encontradas na literatura para o termo “violência sexual”, muitas vezes tendo como sinônimos abuso sexual e maus tratos, Faleiros e Campos (2000) explicam que estes termos são diferentes. Para as autoras, maus tratos ocorrem concomitantemente e em decorrência do abuso sexual, referindo-se ao que é praticado e sofrido, às consequências e aos atos do abuso. Já a violência sexual é descrita como a categoria explicativa da vitimização sexual que se refere à natureza da relação de poder quando do abuso sexual. E abuso sexual é compreendido pelas autoras como

a situação de uso excessivo, de ultrapassagem de limites: dos direitos humanos, legais, de poder, de papéis, de regras sociais e familiares e de tabus, do nível de desenvolvimento da vítima, do que esta sabe, compreende, pode consentir e fazer. (p.10)

Já a utilização do termo “abuso sexual” para referir-se a crianças e adolescentes é problematizado por Gabel (1997, citada por Inoue & Ristum, 2008), indicando que na etimologia da palavra abuso - uso excessivo, ou seja, além do permitido - estaria implícito um uso sexual “autorizado” de crianças e adolescentes por adultos. Assim, o abuso seria a realização de ato/prática sexual com crianças e adolescentes além de uma quantia/frequência “aceitável”. Tal problematização é relevante para compreender a dimensão da temática, logo, decidiu-se preservar o termo “violência sexual” no tema de nosso estudo, abrangendo seu correlato “abuso sexual” e tendo possibilidade de uso para as diferentes populações.

Os artigos 7º, 15º, 16º, 17º e 19º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), tratando da violência sexual contra crianças e adolescentes, a caracterizam “por atos praticados com finalidade sexual que, por serem lesivos ao corpo e a mente do sujeito violado (crianças e adolescentes), desrespeitam os direitos e as garantias

individuais como liberdade, respeito e dignidade previstos”. Por sua vez, o Ministério da Saúde (2002, citado por Inoue & Ristum, 2008), estabelece que abuso sexual contra crianças e adolescentes seria “todo ato ou jogo sexual, relação heterossexual ou homossexual cujo agressor está em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou adolescente”. (p.13)

É estabelecido pelo 5º Art. do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. O 4º Art. reconhece que “é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos” da criança e do adolescente. Todavia, a realidade de muitos integrantes desta categoria no Brasil difere do proposto pelo ECA (1990), sendo a violência e a negligência por vezes cometidas no próprio meio familiar, perfazendo a violência intrafamiliar, que, conforme exposto por Antoni, Habigzang, Koller e Yunes (2011), seria “o abuso que ocorre no âmbito familiar, com pessoas próximas e com laços afetivos ou de parentesco, como pai, padrasto ou outros” (p.99). Além desta, define-se também o abuso extrafamiliar, que “não ocorre necessariamente no âmbito das relações familiares. Geralmente é ocasionado por um adulto sem laços parentais e que pode ser conhecido ou não da família” (Antoni et al., 2011, p.99).

No que se refere à violência contra a mulher, a Lei Maria da Penha (2006) é um importante instrumento de proteção a esta população ante muitas violações, dentre elas, a violência sexual, que é entendida, conforme o 7º artigo desta Lei, “como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada (...) ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos”.

Entende-se por violência institucional “toda ação de constrangimento e despersonalização sobre os indivíduos por parte de várias organizações públicas e privadas, cujo objetivo seria prestar serviço aos cidadãos” (Minayo & Souza, 2003, citadas por Deslandes, 2006, p. 374), compreendendo também os danos físicos e psicológicos que sejam produto de condições inadequadas em instituições e serviços públicos (Deslandes, 2006). Já a violência estrutural “é camuflada por sua conformidade às regras; é naturalizada por sua presença permanente na tessitura das relações sociais; é invisibilizada porque (...) não aparece como uma ruptura da normalidade” (Miguel, 2015, p.33), tendo beneficiários, mas não necessariamente possuindo “perpetradores particularizáveis” (Miguel, 2015, p.33).

A violência sexual perpassa todos os âmbitos da sociedade; sabe-se que há fatores que aumentam diretamente a vulnerabilidade das vítimas de violência sexual,

dentre eles estão o nível socioeconômico, questões ligadas a idade, gênero, etnia e a falta de conhecimento dos direitos individuais em caso de ocorrência da violência. Esse tipo de violência tornou-se um problema de saúde pública devido ao fato de trazer impactos à saúde individual e coletiva, sendo que, para sua prevenção e tratamento (físico e psicológico), torna-se necessária a formulação e revisão frequente das políticas, práticas e serviços voltados a esse setor (Sinimbu et al., 2016).

Assim, a despeito de não haver consenso a respeito das definições dos termos empregados acerca da temática violência sexual, é importante conhecer as discussões etimológicas que a permeiam para que se possa compreender a dimensão do tema e discorrer a seu respeito com propriedade e consciência.

O objetivo geral foi realizar uma revisão sistemática das produções científicas publicadas nas bases de dados SciELO (*Scientific Eletronic Library Online*), sobre a temática da violência sexual.

Especificamente objetivou-se analisar a estrutura metodológica das pesquisas bem como a faixa etária do participante, vítima de violência sexual, predominante nestes estudos.

MÉTODO

De acordo com Galvão e Pereira (2014), revisão sistemática é um novo delineamento de pesquisa científica que tem como objetivo identificar, selecionar, avaliar e sintetizar as evidências relevantes disponíveis. Classifica-se por um estudo secundário e tem como objeto de análise os estudos primários, que neste trabalho restringiram-se apenas a artigos científicos.

Como pode-se observar na Figura 1, a coleta de dados se deu pesquisando as palavras-chave “violência sexual e psicologia” no banco de dados SciELO, utilizando os filtros que limitavam os resultados por país (Brasil) e por idioma (Língua Portuguesa), sendo encontrados 56 artigos científicos na base de dados. Com a leitura de seus títulos, foram eliminados 11 artigos que não eram referentes à temática do estudo, como por exemplo trabalhos jurídicos e da área da medicina.

Com a leitura dos resumos dos artigos, excluiu-se artigos repetidos; artigos cujo foco estivesse no autor da violência; artigos cuja data de publicação fosse anterior a 2001; e artigos que não possuísem estrutura de delineamento característica da produção de artigos científicos (como introdução, método, discussão e conclusão). Assim, foram excluídos 31 estudos, perfazendo 14 artigos para a análise, os quais foram lidos integralmente e analisados.

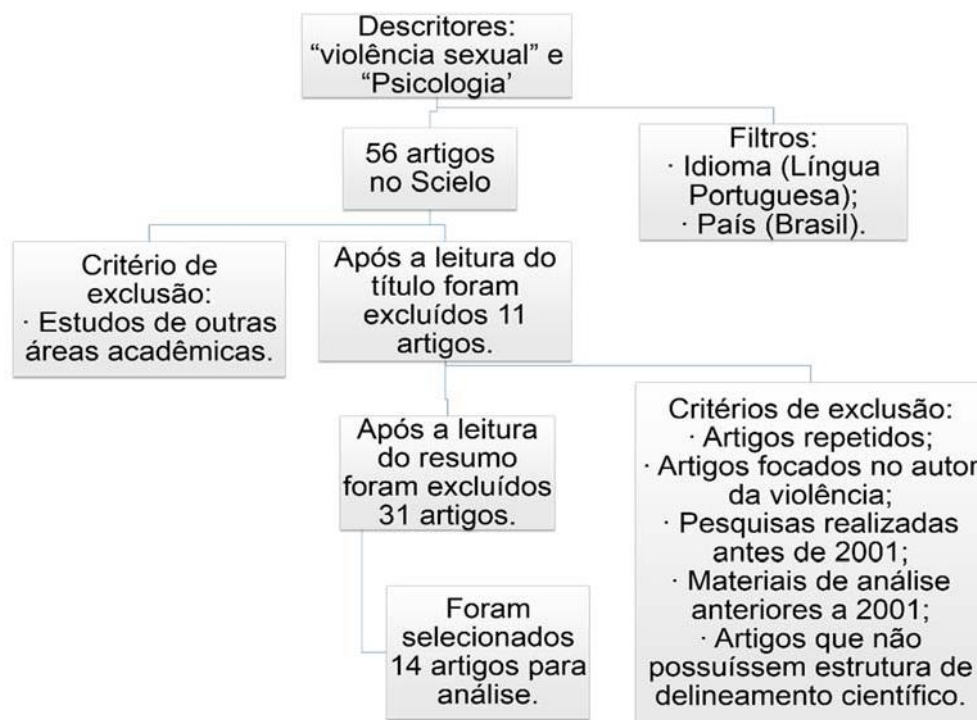


Figura 1. Fluxograma da seleção de artigos sobre violência sexual.

Para o registro dos dados, utilizou-se uma ficha com as seguintes variáveis: número de vocábulos do título; autoria (única, coautoria, múltipla) e gênero (masculino, feminino, indefinido); estrutura discursiva dos resumos; método de amostragem e número de participantes (documentos); tipo de pesquisa; estratégias e tipo de análise de dados e a categoria de participante envolvido nas pesquisas (criança, adolescente, adulto) e foi utilizado o software SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 21.0 para análise dos dados, descrevendo-os com frequência e porcentagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 14 artigos científicos com a temática Violência Sexual obtidos nas bases de dados SciELO. Dos títulos destes artigos, 8 (57,1%) continham o número de vocábulos adequados, enquanto 6 possuíam mais de doze vocábulos (42,9%), não seguindo às normas propostas pela *American Psychological Association* (APA, 2012). Os resultados obtidos na pesquisa sobre *Envelhecimento e Qualidade de Vida* de Dawalibi, Anacleto, Witter, Goulart e Aquino (2013, p. 397), demonstram que a maioria dos títulos encontrados possuíam número adequado de vocábulos (58,1%).

Dos 14 artigos, 3 foram escritos por um único autor, 6 em co-autoria e 5 escritos por múltiplos autores. Ao total, 36 autores estiveram envolvidos nessas publicações, como pode ser observado na Tabela 1, o gênero feminino possui predomínio na autoria dos artigos. Na análise comparativa dos dados da Tabela 1 com os resultados que Farias, Martins, Faria e Witter (2007, p. 165) obtiveram em sua pesquisa sobre *O Normal e Patológico na Teoria D. W. Winnicott*, nota-se que houve semelhança referente à autoria do gênero feminino e contraste na tipologia de única autoria.

Tabela 1 *Nº e gênero de autores nos artigos analisados (n=14)*

Autoria	Gênero				Total	
	Masculino		Feminino			
	N	%	N	%	N	%
Única	1	17%	2	7%	3	8%
Coautoria	2	33%	10	33%	12	33%
Múltipla	3	50%	18	60%	21	58%
Total	6	100%	30	100%	36	100%

Pode-se observar na Tabela 2 que há o predomínio de trabalhos científicos cujo resumo contenha frase inicial, divergindo dos resultados obtidos por Witter, Buriti, Silva, Nogueira e Gama (2013, p. 195) em sua pesquisa sobre *Envelhecimento e dança*. Já ao comparar a prevalência de objetivos, descrição dos participantes, método, resultados e conclusão, com a análise de produção acadêmica de Witter et al. (2013, p. 195), não houve discrepância.

Tabela 2-*Análise da estrutura discursiva dos resumos*

Itens do Resumo	Presente		Ausente	
	n	%	n	%
Frase inicial	9	64,3	5	35,7
Objetivos	11	78,6	3	21,4
Descrição dos participantes	12	92,3	1	7,7
Método	8	57,1	6	42,9
Resultados	12	85,7	2	14,3
Conclusão	7	50	7	50

É considerável examinar os tipos de estudos e de análise contidos nas produções acadêmicas analisadas. Houve prevalência de estudos de levantamento ou correlacional ($n = 9, 64,3\%$). De acordo com Gil (2008) a pesquisa de levantamento é uma classificação por seu procedimento técnico e tem por objetivo identificar “características de um grupo significativo de pessoas acerca do problema estudado” (p.50) para descrevê-lo. E a pesquisa correlacional, de acordo com Campos (2001) tem o objetivo não só de descrever, mas também relacionar variáveis. Em ambas, não é possível estabelecer relações causais. Tal resultado é similar ao obtido por Phelippe et. al (2007) em sua análise das produções científicas sobre Psicologia Forense, no qual 68,8% dos estudos era de levantamento, enquanto 28,1% eram correlacionais.

Além dos estudos de levantamento/correlacional, também foram encontrados e analisados cinco estudos de revisão de literatura.

Considerando o meio de abordagem da temática e o número de participantes, a maior parte dos artigos ($n=6$) utilizou análise qualitativa dos resultados. Mas foram observados três artigos que fizeram uso de análise quantitativa e apenas um artigo fez uso de ambos os tipos de análise de dados.

De acordo com Phelippe, Witter e Buriti (2007), “é relevante saber para que tipo de pessoas os pesquisadores estão mais atentos” (p.42), dessa forma, é importante identificar qual grupo é o âmago da investigação científica. Observa-se que a população prevalente nos artigos analisados sobre violência sexual é de crianças e adolescentes (Tabela 3). Nota-se, com surpresa, que somente um artigo explanava quatro casos de violência conjugal contra a mulher, encaixando-se na população adultos.

Tabela 3-População afetada pela violência sexual

População	Frequência	%
Crianças	2	14,3
Adolescentes	2	14,3
Jovens adultos	0	0
Adultos	1	7,1
Idosos	0	0
Crianças e adolescentes	7	50
Não citado	2	14,3
Total	14	100

A relação entre a idade das vítimas e a vulnerabilidade à vitimização por violência sexual está expressa no fato de a maioria dos artigos pesquisados expor especificamente a violência ou abuso sexual contra crianças e adolescentes, como é feito no artigo “*Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola*”.

CONCLUSÃO

Baseando-se nos resultados obtidos, constatou-se predomínio de vocábulos adequados nos títulos, maioria de coautoria e a prevalência do gênero feminino nas autorias. Observou-se na estrutura discursiva dos resumos a ausência de frase inicial, método e conclusão, elementos primordiais. A categoria de participante mais frequente nas produções analisadas foi de crianças e/ou adolescentes; os tipos de estudo mais utilizados foram os estudos de levantamento ou correlacional, sendo o tipo de análise qualitativa o que apareceu com maior frequência.

Ao longo do trabalho percebeu-se dificuldade em encontrar definições para “violência sexual”, encontrando-se, por outro lado, diversas definições de “abuso sexual”, o que, aliado à prevalência da utilização do termo “abuso sexual”, leva à suposição de que esse último termo como descritor possibilitaria um número maior de resultados para análise. Apesar do aparente aumento da discussão sobre a violência cuja vítima é a mulher, esta vitimização específica foi abordada por apenas um dos artigos, sendo a população mais enfocada pelo estudo científico da temática foi de crianças e adolescentes. Consideradas as restrições da pesquisa quanto a país e idioma de publicação e apenas um banco de dados, considera-se imprescindíveis a produção científica e a análise paulatina acerca do tema – sobretudo na área da Psicologia, visando a um contínuo aprimoramento da ciência e ao seu investimento na problemática.

REFERÊNCIAS

American Psychological Association. (2012). Manual de publicação da American Psychological Association (6a ed., D. Bueno, trad.). Porto Alegre, RS: Penso. (Tradução da 6a ed.: Publication manual of the American Psychological Association, 2010).

Antoni, C., Yunes, M. A. M., Habigzang, L., & Koller, S. H. (2011). Abuso sexual extrafamiliar: percepções das mães de vítimas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 28(1), 97-106. Recuperado em 21 março, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n1/a10v28n1.pdf>

- Campos, L. F. de L. (2001). Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia. Campinas: Alínea.
- Cortez, M. B., & Souza, L. (2008). Mulheres (in)subordinadas: o empoderamento feminino e suas repercussões nas ocorrências de violência conjugal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(2), 171-180. Recuperado em 21 março, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v24n2/05.pdf>
- Dawalibi, N. W., Anacleto, G. M. C., Witter, C., Goulart, R. M. M., & Aquino, R. C. (2013). Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(3), 393-403. Recuperado em 3 novembro, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v30n3/v30n3a09.pdf>
- Deslandes, S. F. (Orgs.). (2006) Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Estatuto da criança e do adolescente (ECA): Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. (1990). Recuperado em 10 junho, 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm
- Faleiros, E. T. S., & Campos, J. O. (2000). Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e de adolescentes. Campinas. Recuperado em 14 agosto, 2016, de http://escca.luizaugustopassos.com.br/wp-content/uploads/2011/02/livro_repensando_os_conceitos_eva_publicacoes-httpwww.mpes.gov.branexoscentros_apoioarquivos1.pdf1.pdf
- Farias, A. S., Martins, D. S., Faria, F. D. M. & Witter, C. (2007). O Normal e o Patológico na Teoria de D. W. Winnicott: Análise de Produção Científica. In Buriti, M. A., Witter, C., & Witter, G. P., Problemas Psicossociais: Análise de Produção (pp. 147-170). Guararema, SP: Anadarco Editora.
- Galvão, T.F., & Pereira, M.G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 23 (1), 183-184.
- Gil, A. C. (2008). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. (6a ed.) São Paulo: Atlas.
- Inoue, S. R. V., & Ristum, M. (2008). Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(1), 11-21. Recuperado em 21 março, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n1/a02v25n1.pdf>
- Lei Maria da Penha: Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. (2006). Recuperado em 10 junho, 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

- Miguel, L. F. (2015). Violência e política. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 30(88), 29-44. Recuperado em 3 novembro, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v30n88/0102-6909-rbcsoc-30-88-0029.pdf>
- Phelippe, H. R., Witter, G. P., & Buriti, M. A. (2007). Análise da Produção Científica Sobre Psicologia Forense. In Buriti, M. A., Witter, C., & Witter, G. P., (Orgs.) *Problemas Psicossociais: Análise de Produção* (pp. 35-50). Guararema, SP: Anadarco Editora.
- Sinimbu, R. B., Mascarenhas, M. D. M., Silva, M. M. A., Carvalho, M. G. O., Santos, M. R., & Freitas, M. G. (2016). Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. *Revista Saúde em Foco*, 1(1). Recuperado em 3 novembro, 2016, de <http://smsrio.org/revista/index.php/revsf/article/view/199/178>
- Witter, C, Buriti, M. A., Silva, G. B., Nogueira, R. S., & Gama, E. F. (2013). Envelhecimento e dança: análise da produção científica na Biblioteca Virtual da Saúde. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 16(1), 191-199. Recuperado em 21 março, 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n1/a19v16n1.pdf>

SENSIBILIZAÇÃO, CUIDADO E HUMANIZAÇÃO NAS RELAÇÕES DE TRABALHO COM A MORTE

Cecilia Côrtes Carvalho²⁸

Tatiane Sayuri Maeda²⁹

Érika Perina Motoyama²⁹

Giorgia Troiano³⁰

Thaís Fonseca Ares³⁰

Giovanna Donno³⁰

Isabela Garcia Rosa Hispagnol²⁸

Maria Helena Pereira Franco³¹

Resumo:

Este relato descreve e discute a experiência de um dos eixos de intervenção de pesquisadores em Psicologia, membros do Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto - LELu, em um projeto de ensino, pesquisa e extensão multi e interdisciplinar executado pelo convênio firmado entre Serviço Funerário do Município de São Paulo - SFMSP e a Fundação São Paulo. Suas ações se destinaram à saúde mental dos trabalhadores desse serviço, buscando a sensibilização e a humanização das relações construídas entre os servidores, deles com seus familiares e com munícipes. A intervenção dividiu-se em duas etapas: as visitas aos cemitérios, para aproximação da equipe à realidade e às demandas desses servidores; e as oficinas com técnicas de dinâmica de grupo voltadas às necessidades identificadas na primeira etapa. O objetivo da oficina foi favorecer a reflexão para a identificação e desenvolvimento de recursos de enfrentamento, considerando situações que vivem em seu dia-a-dia, bem como trabalhar as estratégias de resposta em emergência diante de dificuldades vivenciadas com os familiares enlutados. As sete oficinas, realizadas de dezembro de 2015 a abril de 2016, contaram com 130 participantes, sendo eles motoristas, sepultadores, veloristas, supervisores e gestores de recursos humanos e tiveram como facilitadoras as integrantes do LELu, da graduação e da pós-graduação em Psicologia. A análise do registrado nas oficinas evidenciou, por parte dos servidores, sensibilização para suas necessidades em favor da saúde mental,

²⁸ - Doutoranda em Psicologia Clínica pela PUC-SP e pesquisadora do LELu. ceciliacorts@yahoo.com.br

²⁹ - Mestranda em Psicologia Clínica pela PUC-SP e pesquisadora do LELu.

³⁰ - Estagiárias em Psicologia Clínica pela PUC-SP e pesquisadora do LELu

³¹ - Professora Titular da PUC-SP, fundadora e coordenadora do LELu.

percepção do valor de cuidado e humanização em suas relações profissionais e pessoais e a importância de ser ouvido ao longo da cadeia de comunicação laboral.

Palavras-chave: morte; relações profissionais; cuidado; humanização

Introdução

A Fundação São Paulo, mantenedora da PUC-SP, e o Serviço Funerário do Município de São Paulo firmaram convênio para atuação de uma equipe multi e interdisciplinar no Projeto “Memória e Vida”, que vigorou de julho de 2015 a setembro de 2016. A proposta central, voltada para as ações da Psicologia, teve como foco a educação e a humanização da morte, com ações destinadas a três cemitérios da cidade de São Paulo: Consolação, São Paulo e Araçá.

O Laboratório de Estudos e Intervenções sobre o Luto (LELu) assumiu o lugar da Psicologia nesse projeto. Sua equipe foi composta por duas doutorandas e duas mestrandas em Psicologia Clínica e três estagiárias da graduação em Psicologia, sob a coordenação de uma professora da PUC-SP e também fundadora desse laboratório. A Teoria do Apego desenvolvida por Bowlby (1982/1979; 2004/1980; 1993/ 1973), juntamente com as pesquisas e estudos de Parkes (1998; 2009) e de Franco (2008; 2010; 2014) ancoraram a construção das ações das pesquisadoras.

Este texto descreve e analisa um dos segmentos do trabalho da Psicologia que focalizou a saúde mental dos servidores do SFM-SP. Para isso, sua intervenção se subdividiu em duas etapas: 1) visitas de aclimação aos cemitérios, para aproximação da realidade dos servidores; 2) elaboração e o desenvolvimento das oficinas com os servidores.

O termo humanização tem sido utilizado em diversos contextos, como saúde, educação, trabalho e até mesmo nas condições de moradia. No Brasil, no campo da saúde, foi evidenciado na primeira década do século XXI incentivado pelo Ministério da Saúde por meio da Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde, 2006). Portanto, fortaleceu-se um discurso sobre humanizar as intervenções e ações voltadas para cuidar, educar, informar, orientar, promover saúde e cidadania e conscientizar as pessoas sobre seus direitos e deveres. No entanto, o Ministério da Saúde deixa em aberto a definição de humanização. Para Ferreira (2009), a palavra humanizar significa "tornar benévolo, afável, tratável".

No olhar da filosofia, por meio do cuidado, o ser humano vive o significado de sua vida; é um meio de ser essencial; trata-se da raiz primeira do ser humano (Boff, 2004). O cuidado é um ideal ético, que engloba ações que variam de acordo com as condições em que se dão as situações e com o tipo de relacionamento estabelecido. Há diferentes maneiras de cuidar, que mudam de intensidade (Waldow; 2006; 2011). O cuidado segue um princípio biopsicossocial e espiritual; está em função dos contextos e do próprio significado que tanto o indivíduo que é cuidado, como aquele que é o cuidador, constrói para o ato de cuidar.

O projeto “Memória e Vida” trouxe o foco de humanização e cuidado, sobretudo de um cuidado humanizado no contexto laboral da morte. Pela lente desse projeto, a morte foi vislumbrada em sua complexidade, do micro ao macro sistema, desde uma díade às relações familiares, comunitárias, urbanas e globais. Tem suas dimensões psicossociais validadas pela integração de temporalidades, passado, presente e futuro; a construção de seu significado é singular e corresponde ao ambiente cultural no qual ocorre.

Rabinovich (2011) referiu-se aos cemitérios como o “mundo da casa dos mortos”, um lugar em que “Não há pressa, o tempo é o do eterno. Em certo sentido, a sociedade de consumo encontra-se fora dos portões dos cemitérios, pois a vida já foi consumida e consumada” (Rabinovich, 2011, p. 87). Essa autora percebeu esses locais como espaços urbanos, com pouca poluição atmosférica e sonora; uma área verde, com pássaros e ruas limpas sem buracos.

Alguns cemitérios da cidade de São Paulo, como os focalizados nesta pesquisa, sobretudo o Consolação, são considerados parques, jardins e museus. Uma das intenções desse convênio foi inseri-los ao contexto da cidade, pois por mais que estejam geograficamente presentes, ainda falta um reconhecimento social de que morte e vida possam ocupar, saudavelmente em termos concretos e subjetivos, um espaço em comum, o lugar da memória, da saudade, das visitas, meditações e reflexões.

A psicologia neste trabalho, juntamente com os trabalhadores do SFMSP, teve os seguintes objetivos: a) Identificar condições de risco para a saúde mental, com foco na sua experiência laboral; b) Favorecer a reflexão para a identificação e desenvolvimento de recursos de enfrentamento, considerando situações que vivem em seu dia-a-dia; c) Introduzir servidores do RH do SFM junto a prática empregada para buscar com eles a capacitação e a multiplicação, possível de serem realizadas em outros cemitérios.

1-Relato e discussão da experiência

1.1. Primeira intervenção: As visitas aos cemitérios

Para a construção de uma eficiente e eficaz intervenção da Psicologia a essa população, inicialmente, as estagiárias realizaram visitas aos três cemitérios, Araçá, São Paulo e Consolação. Objetivaram conversar com esses trabalhadores, para conhecer sobre suas vidas pessoal e laboral, sobretudo, identificando quais eram os fatores de risco e de proteção à saúde mental e que, em geral, estavam presentes em sua rotina diária, garantindo-lhes o sigilo sobre os relatos.

Para essa aproximação, foi utilizada a metodologia de observação participante, que, segundo Minayo (2004, pp.235), “não é o campo que traz o dado, na medida em que o dado não é 'dado', é 'construído'. É fruto de uma relação entre as questões teóricas dirigidas ao campo, incluindo perguntas suscitadas pelo quadro empírico às referências teóricas do investigador”. Ao atuar em pesquisa e extensão, a Psicologia Clínica necessita, cada vez mais, considerar o contexto social na observação clínica. Sua análise pode voltar-se em profundidade para as relações grupais, e não apenas para o indivíduo isolado (Dutra, 2004).

Na relação entre visitas feitas e servidores entrevistados nos três cemitérios, tem-se que: no Araçá aconteceram duas visitas, com três entrevistados; no São Paulo, duas visitas, com dois entrevistados e no Consolação, três visitas, com seis entrevistados. Portanto, totalizando onze servidores entrevistados em sete encontros.

Ocorreram episódios de resistência de alguns servidores a participar da entrevista. Nessas situações, foi inferido pela equipe que poderiam estar apreensivos e com medo do que seria perguntado, uma vez que, esses servidores que não cederam à entrevista apontaram como justificativa que as intervenções anteriores não promoveram mudanças efetivas no seu dia a dia, suscitando neles crenças negativas em relação à possibilidade de melhorias em seu trabalho.

Diante dessa impressão negativa por parte dos servidores, as pesquisadoras buscaram deixar claro o propósito do projeto, que era o de conhecer, atuar para transformar a realidade de sofrimentos para uma mais positiva e para reforçar o sentido construtivo reconhecido por muitos em relação a sua vida pessoal e laboral. Enfatizaram que eles seriam os protagonistas dessas mudanças.

As visitas das estagiárias eram relatadas nas reuniões, semanalmente, para toda a equipe, analisadas e consideradas tanto para visitas posteriores, quanto para

elaboração de uma intervenção subsequente. As queixas gerais mais frequentes dos entrevistados relacionaram-se a: trânsito até o local; baixa remuneração; discriminação social à sua função; desvalorização da profissão; falta de exames médicos no local de trabalho; necessidade de um processo seletivo mais criterioso para admissão; ausência de equipamento de trabalho adequado; falta de investimento em treinamentos aos novatos; uso de álcool e drogas pelos funcionários; medo de contaminação pelos corpos.

A discriminação foi tema recorrente nas narrativas dos sepultadores. Viam-se discriminados não apenas pela sociedade, mas também por seus familiares e amigos. Seu uniforme de trabalho era alvo de olhares de indignação e repúdio. Desta forma, tanto a discriminação como o preconceito, foram entendidos como fatores de risco à saúde mental. Por outro lado, houve servidores que afirmaram não se abater com a opinião dos outros sobre seu cargo e função, respondendo com naturalidade e serenidade às atitudes de preconceitos e de segregação. Sentiam-se orgulhosos do seu ofício.

Outras queixas elencadas, que dizem respeito ao momento de sepultamento, estavam relacionadas às especificidades das regiões e do perfil da população que utiliza cada cemitério. Em uma das necrópoles relataram episódios de violência tanto para com eles, como entre os membros da família; em outro, citaram brigas por herança; na última, o abandono dos túmulos nos cemitérios por parte de familiares.

O sepultamento é o último momento de se despedir do ente querido falecido, portanto, pode suscitar sentimentos diversos em seus participantes, como raiva, tristeza, desconsolo, aflições e lamentações. Segundo Parkes (2009; 1998), cada pessoa apresenta uma resposta singular ao rompimento de um vínculo significativo.

A agressividade das famílias pode provocar aumento do estresse nas pessoas que trabalham no cemitério. Segundo Vasconcelos (1998), o estresse demasiado, pode comprometer o desempenho psicofísico do organismo, sendo um fator de risco à saúde. Os servidores entrevistados contaram experiências de colegas de trabalho que adoeceram no contexto de seu ofício. Apontaram também acusações irracionais e fantasiosas recebidas por parte de familiares e de outras pessoas ligadas ao falecido, como até mesmo de serem culpabilizados pela morte. Houve relatos de que foram emocionalmente abalados por essas irreais recriminações, se sentindo de fato, culpados por aquela perda.

Por outro lado, alguns discursos tiveram conteúdos construtivos e motivadores ao trabalho de um serviço funerário. Eram aqueles que relacionaram o trabalho com a

possibilidade de ter casa própria, carro, sítio, de ter pagado os estudos dos filhos ou de ter ajudado financeiramente familiares. Assim, uma vez desmitificado, o trabalho desses servidores pode ser valorizado e respeitado.

Outras dimensões positivas do trabalho identificadas nas falas dos entrevistados foram: a presença da profissão na intergeracionalidade familiar, visto que outros familiares trabalham ou trabalharam nesta profissão; sentirem-se gratificados por ajudar as famílias num momento difícil; trabalharem com a morte aprendendo a valorizar a vida; a existência de uma rede de apoio entre os colegas de trabalho; participação das atividades de lazer, entretenimento e cultura promovidas no cemitério; aprovação dos projetos do SFM destinados a eles.

Os servidores reconheceram a importância de seu trabalho para as famílias que atendem, mesmo relatando as agressões sofridas por parte delas. Sentem-se sensibilizados em suas práticas profissionais, porém, não a ponto de se tornarem insensíveis diante das emoções dos munícipes. Realizam seu trabalho com a seriedade e o compromisso que lhes é esperado.

Relataram que alguns munícipes reconhecem seu trabalho. Sentem-se felizes nessas situações e quando são elogiados ou percebem as famílias gratificadas pelo trabalho e empenho no sepultamento, no cuidado com o túmulo e com o cemitério. Diante disso, as respostas das famílias para com as ações dos servidores podem ser fonte de motivação para que estes prossigam confiantes e seguros com o seu ofício.

A amizade, união e o sentido de coletividade entre os servidores atuam como um fator de proteção ao seu desempenho profissional e à qualidade de vida. Um ambiente de trabalho acolhedor favorece que seus funcionários expressem de maneira assertiva suas angústias, preocupações, inquietudes, respeitando também o silêncio daquele que assim optar. O trabalho mobiliza sentimentos nem sempre fáceis de lidar e pode requerer um cuidado profissional especializado às demandas mais emergentes por parte de seus integrantes.

Portanto, por meio desta primeira intervenção, representada pelas visitas e entrevistas com os servidores nos cemitérios, foi possível aproximar o LELu do contexto real e cotidiano desses trabalhadores, para que a intervenção seguinte fosse ajustada às suas principais demandas e queixas emergentes, buscando sobretudo a promoção de saúde.

1.2. Segunda intervenção: A elaboração e o desenvolvimento das oficinas

A partir das visitas, houve o estudo e elaboração das propostas de saúde mental aos trabalhadores do SFM. Para desenvolver técnicas de relação em grupo e ampliar a percepção e a sensibilidade de si e do outro, a equipe do LELu escolheu trabalhar com oficinas intituladas “Cuidando das relações no trabalho com a morte”, utilizando técnicas de dinâmica de grupo. A seguir, apresenta-se a proposta de ação, o embasamento teórico e prático destas oficinas.

Os benefícios na utilização das oficinas com técnicas de dinâmica de grupo ocorrem devido a cada participante ter a oportunidade de destinar seus conhecimentos a uma situação prática; nas aprendizagens constituídas no decorrer das dinâmicas; na possibilidade de o coordenador examinar os resultados que o grupo vai obtendo; na praticabilidade do programa; por estimular aptidões naqueles que têm dificuldades para falar em público; e por ser uma intervenção de ação local (Minicucci, 1977).

Para construção das dinâmicas foram utilizadas técnicas do psicodrama, como proposto por Moreno (1975). "Pode-se cartografar uma parte considerável do movimento psicoterapêutico desde o começo do século, tomando o paciente no divã e tirando-o daí para a cadeira, daí para seus próprios pés e, por fim, permitindo-lhe atuar ao vivo seus relacionamentos" (Moreno, 1983, pp.54).

A inversão de papéis foi uma ação considerada importante pelas pesquisadoras. Moreno (1975) defendeu que este procedimento possibilita a pessoa se imaginar no lugar do outro e se colocar em sua totalidade, na sua singularidade de sujeito (submetido a processos sócio-históricos e culturais) e de protagonista da sua história (munido de espontaneidade-criatividade).

No serviço funerário, lidar com situações extremas faz parte do cotidiano. Assim, se fez importante apresentar tais técnicas para os servidores a fim de auxiliar na minimização do sofrimento e promoção do autocuidado. Diante disso, recorreu-se ao guia Primeiros Cuidados Psicológicos - PCP (OMS, 2015). Este justifica-se uma vez que fomenta recursos para situações emergenciais e que envolvam o sofrimento humano. Desta forma, a intervenção, por meio das oficinas, teve o objetivo de favorecer a reflexão para a identificação e desenvolvimento de recursos de enfrentamento, considerando situações que vivem em seu dia-a-dia.

As oficinas foram realizadas no Tribunal de Contas do Município de São Paulo, com duração de quatro horas cada uma. Ocorreram entre dezembro de 2015 a abril de 2016. Foram sete encontros, no total estiveram presentes cento e trinta servidores, dentre eles sepultadores, motoristas, veloristas, administradores, agentes de apoio, funcionários dos recursos humanos.

Todas as oficinas seguiram o mesmo roteiro, dividido em três dinâmicas:

- 1) Apresentação em dupla: em pares, depois de conversarem, um participante apresenta o outro para o grupo como se fosse o próprio colega.
- 2) Frase disparadora e representação de cenas vivenciadas no trabalho: construção de uma consigna para encenação; tema vindo de vivências deles.
- 3) Dinâmica descrita em uma palavra: cada participante diz uma palavra que representa para ele aquela experiência.

No desenvolvimento das ações, episódios de extremo estresse e que se caracterizam como situações de emergência e urgência continuamente eram trazidos no grupo. À vista disso, o trabalho da psicologia tendeu-se a trabalhar as estratégias de emergência em situações-problema com os familiares enlutados e promoção e validação de recursos de enfrentamento, tendo como resultado principal a demanda para treinamento e apoio psicológico.

Considerações finais

O escritor português José Saramago (2005), em sua obra *As intermitências da morte*, ao narrar uma vida sem morte, como bem chamou de *a greve da morte*, apontou para a preocupação em setores profissionais, como as agências funerárias, em que sem ela - a morte - haveria a falência e a falta de trabalho: “[...] o despedimento de centenas senão milhares de abnegados e valorosos trabalhadores que em todos os dias da sua vida enfrentam corajosamente a imagem terrível da morte...” (p.27) na qual, valorizou a coragem destes trabalhadores ao encarar um dos maiores medos do homem: A finitude.

Esta equipe de Psicologia valoriza as palavras desse escritor que retratou, pelo olhar da literatura, o que foi possível constatar com estes trabalhadores, que apresentaram a oportunidade de conhecer a sua realidade de trabalho e, sobretudo, a coragem de enfrentar os desafios desta profissão, cada qual com sua trajetória, buscando o seu desenvolvimento e melhorias de um serviço necessário para todas as pessoas, em algum momento da vida quando se depararem com a morte de um ente querido. Portanto, cuidar de quem cuida da vida até o fim torna-se fundamental para a saúde mental e o bem-estar destes trabalhadores que, em melhores condições físicas e emocionais, podem prestar melhores atendimentos aos munícipes. Eis a importância do cuidar das relações no trabalho com a morte.

Este estudo ressalta ainda que há questões a serem abordadas e que fogem ao escopo da ação da Psicologia. Envolvem ações políticas e de gestão, para as quais a psicologia pode apontar necessidades e sugerir caminhos, mas cuja implementação não está na sua área de competência. Desta maneira, dar voz ao servidor para que ele se perceba em seu papel de protagonismo neste cenário tornou-se uma possibilidade de ação para a psicologia, que foi buscada e obtida por meio das oficinas.

Referências

- Boff L. (2004) *Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra*. 11a ed. Petrópolis: Vozes.
- Bowlby, J. (1982- Original publicado em 1979). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. Tradução de Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 238 pp.
- Bowlby, J. (2004 - Original publicado em 1980). Perda: tristeza e depressão, In: *Apego e Perda*. v. 3, São Paulo: Martins Fontes:
- Bowlby, J. (1993- Original publicado em 1973). Separação: Angústia e Raiva. In: *Apego e Perda*, v. 2, São Paulo: Martins Fontes
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da psicologia clínica na contemporaneidade. *Estudos de Psicologia* (Natal), 9 (2), 381-387.
- Ferreira, A.B.H. (2009). *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 4a ed. Curitiba: Positivo.
- Rabinovich, E, P. (2011). A casa dos mortos. *Brazilian Cultural Studies*: São Paulo, v. 2,n.1, p. 86-98. Recuperado de: <http://inseer.ibict.br/bcs/index.php/bcs/article/view/52/90>. Acessado em 30 out, 2016
- Franco, M.H.P. (2008). A família em psico-oncologia. In: Carvalho, V.A. et al. (org.) *Temas em psico-oncologia*. São Paulo: Summus.
- Franco, M, H, P. (2014). Luto Antecipatório em Cuidados Paliativos. In: Franco, M, H, P.; Polido, K. K. *Atendimento Psicoterapêutico no Luto*. São Paulo: Zagodoni, pp.26- 35.
- Franco, M, H, P. (2010). Por que estudar o luto na atualidade? In: *Formação e rompimento de vínculos: O dilema das perdas na atualidade*. Franco, M. H. P. (org.). São Paulo: Summus, pp. 17- 42.

- Minayo, M.C.S. (2004). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec.
- Minucci, A. (1977). *Dinâmica de grupo: manual de técnicas*. 3.ed. São Paulo: Atlas.
- Moreno, J. L. (1983). *Fundamentos do psicodrama*. São Paulo: Summus
- Moreno, J. L. (1975). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.
- Organização Mundial de Saúde. (2015) *Primeiros cuidados psicológicos: guia para trabalhadores de campo*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Parkes, C, M. (2009) *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações*. (Maria Helena Franco, trad.). São Paulo: Summus.
- Parkes, C.M. (1998). *Luto; Estudos sobre a perda na vida adulta*. Summus: São Paulo:
- Saramago, J. (2005). *As intermitências da morte*. São Paulo: Companhia das Letras
- Waldow, Vera Regina, & Borges, Rosália Figueiró. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(3), 414-418.
<https://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>
- Waldow V.R. (2006). *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. Petropolis: Vozes.

CONTRIBUIÇÕES DA PESQUISA DE WILHELM REICH PARA O ENTENDIMENTO DO MASOQUISMO

Débora Feliciano de França³³

Ailton Bedan³⁴

Resumo

A presente pesquisa de Iniciação Científica tem por objetivo investigar as contribuições do médico e cientista natural Wilhelm Reich para o entendimento do fenômeno do masoquismo. Tem-se a expectativa de que o estudo em pauta possa resgatar as importantes contribuições do autor sobre o tema. Como resultado inicial, percebemos que a teoria reichiana do masoquismo, por seu aspecto inovador, tem grande potencial para ampliar o entendimento do tema e até mesmo complementar teorias tradicionais. Tem-se a expectativa que a presente pesquisa possa aprofundar as contribuições de Wilhelm Reich, ainda pouco exploradas, para a compreensão do masoquismo.

Palavras-chave: Sexualidade. Couraça. Psicologia reichiana.

INTRODUÇÃO

Na década de 1930, Reich propôs, a partir de um referencial psicanalítico, um novo entendimento sobre o fenômeno do masoquismo. Pacientes que, na época, manifestavam intensos comportamentos masoquistas desafiavam a técnica psicanalítica e Reich procurou, a partir da prática clínica, contribuir para o manejo terapêutico de tais pacientes. A novidade de sua abordagem consistiu em

³³ Aluna do 7º semestre de psicologia da Universidade Capital deborafelicianodefranca@outlook.com

³⁴ Professor Doutor Universidade Capital

examinar a questão de um ponto de vista psicossomático, apontando as conexões entre os aspectos psíquicos e corporais no masoquismo crônico.

A presente pesquisa pretende resgatar e examinar a atualidade das inovadoras contribuições psicofísicas de Wilhelm Reich, até hoje pouco conhecidas e estudadas, sobre o sofrimento psíquico e suas correlatas manifestações somáticas no contexto do masoquismo crônico.

Pesquisou-se, na obra freudiana, as teorizações sobre o masoquismo, a fim de compara-las com as proposições reichianas. Fez-se também uma revisão sobre o conceito freudiano sobre a pulsão de morte e suas coligações com a experiência masoquista. Retomou-se, ao mesmo tempo, um texto de Reich intitulado "O caráter masoquista", publicado pelo autor em sua obra "Análise do caráter", texto esse que representa a principal fonte de informações sobre a nova concepção psicofísica reichiana acerca do masoquismo. E procurou-se resgatar a proposição reichiana de que a dimensão político social patriarcal é determinante na constituição de traços masoquistas crônicos.

Levando-se em consideração os aspectos mencionados, esse artigo pretende ampliar o conhecimento do fenômeno masoquismo, resgatando o pensamento do autor Wilhelm Reich.

DESENVOLVIMENTO:

Wilhelm Reich (1897-1957) foi um médico, psicanalista e psicofísico. Ingressou, em 1918, no curso de Medicina da Universidade de Viena, graduando-se quatro anos depois. Na época em que frequentava a universidade conheceu pessoalmente Sigmund Freud (1856-1939) e se encantou com a teoria psicanalítica. Foi admitido na Sociedade Psicanalítica de Viena em 1920 e logo começou a trabalhar como psicanalista, porém em 1928 Reich percebeu que seu trabalho começara a se diferenciar fortemente da Psicanálise, sendo que nessa época começou a estruturar uma nova abordagem clínica, a Análise do Caráter, como resposta às limitações que afligiam a prática psicanalítica. Tendo em pauta o fenômeno masoquismo, uma perturbação neurótica que a psicanálise Freudiana não dava conta.

Segundo Dadoun (1991), Freud foi o primeiro autor a fazer associações sobre essa perturbação neurótica e a pulsão de morte. A primeira interpretação de Freud do

masoquismo consistia numa formação secundária a qual se referia ao masoquismo como um retorno contra si mesmo e tendências agressivas voltadas a um objeto exterior, porém, logo esse pensamento foi substituído por uma concepção de um masoquismo primário que apresenta uma tendência instintiva e inata a autodestruição, essa concepção de masoquismo primário traz uma confirmação da teoria de pulsão de morte. Segundo Laplanche (1988), a pulsão para Freud é um retorno a um estado anterior e como todo ser vivo vem depois de um ser não vivo, sua tendência é retornar ao estado inorgânico. Reich (1975) nega a teoria de pulsão de morte por meio da sua teoria sobre o masoquismo, pois para o autor a psicanálise Freudiana vê no masoquismo uma necessidade biológica de sentir prazer na dor e assim trata esse fenômeno como qualquer outro instinto, porém o resultado que um paciente masoquista apresenta durante um tratamento psicanalítico é uma piora, pois nada se pode fazer ao paciente se nessa visão ele quer sofrer por razões biológicas.

No caso apresentado por Reich em “Análise do caráter”, o fenômeno masoquismo se originou na infância a partir de um medo de punição ligada a castração. O pai levou a criança para casa, o deitou na cama para lhe dar uma surra, o menino angustiado temia um dano ao pênis, deitando-se então de barriga para baixo para proteger o órgão sexual, após as palmadas o menino teve uma grande sensação de alívio, pois a realização do castigo temido foi substituído por um mais suave. Então assim o medo de punição se torna o desejo masoquista.

“[...] A autopunição masoquista é a realização não do castigo temido, mas de um outro, substituto, mais suave. Assim representa um tipo especial de defesa contra o castigo e a angústia. [...]” (Reich, 1988, p.229)

Para Reich (1975) o masoquismo tem sua origem na repressão social desprezando totalmente a teoria de ser um instinto biológico, pois é em uma educação patriarcal, machista, autoritária e humilhadora que nasce a couraça, a couraça da periferia traz um anestesiamiento, uma perda de calor e sensibilidade da pele, e assim a agressão contra si vira só uma tentativa desesperada de sentir excitação na pele. Isso elimina totalmente a ideia que o masoquista sente prazer na dor, pois o masoquista só usa da agressão como uma forma de alívio para angústia que sente, é uma ação para aliviar a tensão, pois para o autor a angústia de prazer do masoquista bloqueia totalmente a capacidade de conseguir satisfação através da própria ação, pois

o próprio prazer que ele deseja é o mesmo que ele teme e por isso ele necessita de uma liberação vinda do exterior e proporcionada por outra pessoa.

“[...] A provocação masoquista, que visa à punição mostrou ser a expressão de um profundo desejo de conseguir a satisfação contra a própria vontade. [...]”

(Reich, 1975, p. 129).

Segundo o autor o masoquista é atormentado por um grande sentimento de culpa e é por isso que vê uma necessidade de ser obrigado a fazer uma coisa que realmente deseja, como se a relação sexual fosse algo proibido.

Segundo Reich (1989) a formação do caráter masoquista esta diretamente ligada ao encorajamento do ego contra o mundo externo e com o consumo de energia sexual em excesso que é causado pelo estresse emocional, a angustia e a tensão de não alcançar o orgasmo.

Para o autor o Masoquista apresenta como traço típico de caráter, um sofrimento que se manifesta por meio de uma predisposição a se queixar. No masoquismo moral o caráter se exhibe por meio de auto depreciação e uma tendência forte a provocação. Também é comum ao caráter masoquista um comportamento nervoso, desajeitado, uma exigência excessiva de amor e uma propensão a se fazer de estúpido para se auto humilhar.

Segundo Reich (1989), a pele assume um papel essencial no caso do masoquista, pois este apresenta uma couraça da periferia, ou seja, um anestesiamento da pele, por isso o mesmo sempre encontra uma forma de envolver a pele em suas fantasias que correspondem a ser beliscado, esfregado, chicoteado ou qualquer coisa que possa trazer um calor para a pele para assim obter alívio da sua tensão.

“[...]Em termos da fisiologia da angustia, a contração dos vasos periféricos aumenta a angustia (palidez, no caso de susto; sensação de frio, no caso de angustia; arrepios causados pelo medo; etc.). Por outro lado, a sensação da pele quente, causada por um fluxo mais forte de sangue através dos vasos periféricos, é um atributo específico de prazer. Fisiologicamente, a tensão interna é determinada pela restrição de fluxo sanguíneo. Por outro lado, o forte fluxo sanguíneo pela periferia do corpo alivia a tensão

interna e, em consequência, a base fisiológica da angustia.[...]”
(Reich, 1989, p. 235).

Segundo o autor, para o masoquista ser abandonado significa ter frio e ficar desprotegido e essa situação gera grande tensão, por isso o contato físico para o masoquista alivia a angustia, pois o calor propiciado pelo contato corporal com o parceiro traz um sentimento de proteção maternal e alívio do medo.

RESULTADOS PRELIMINARES:

Wilhelm Reich sofreu muito preconceito, especialmente nos Estados Unidos onde foi perseguido e preso pelas suas técnicas e instrumentos que eram tachadas como charlatanismo, tendo sua experiência intitulada de “caixa orgonica” como proibida pela Food and Drug Administration, sendo assim sua obra se tornou pouco explorada, dando espaço para os Neo-Reichianos que estão mais ligados a terapia corporal do que com a pesquisa. Esse trabalho em questão tenta resgatar o pensamento Reichiano original sobre o fenômeno masoquismo que mesmo depois de muitos anos ainda é um fenômeno muito mal interpretado pela sociedade, pois o senso comum ainda acredita em um masoquista que gosta de sentir dor e em virtude do que foi mencionado nesse artigo somos levados a acreditar que existe no masoquismo uma perturbação muito maior que a simples violência contra si, podemos observar uma compreensão social desse fenômeno, que o masoquista é atormentado por uma angustia de orgasmo causada por um sociedade patriarcal e machista e que encontra na violência contra si uma forma de aliviar a tensão. Por meio desta investigação, é possível abrir espaço de conversa e reflexão sobre o assunto, trazendo assim a possibilidade de um olhar no qual o sujeito analisado vai além da sua subjetividade. De modo geral, os resultados obtidos desta pesquisa demonstraram que é possível a partir desse entendimento, ajudar o analista buscar uma intervenção que de conta da subjetividade do sujeito, mas que também leve em consideração os aspectos culturais aonde ele está inserido. Ainda assim é necessário frisar a importância de uma melhor compreensão desse fenômeno para um tratamento mais eficaz. Os resultados preliminares desta pesquisa parecem indicar que a teoria psicossomática reichiana sobre o masoquismo traz importantes contribuições, tanto para o trabalho clínico terapêutico, como para uma inovadora análise psicossocial do fenômeno.

FONTES CONSULTADAS:

Dadoun, R (1991) . *Cem Flores para Wilhelm Reich*. (1.ed.) São Paulo: Ed. Moraes,

.

Laplanche E Pontalis (1988). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes

.

Reich, W. A (1982) *função do orgasmo: problemas econômico-sexuais da energia biológica*. (8.ed.) São Paulo: Brasiliense

.

Reich, W. (1989) *Análise do caráter*. São Paulo: Martins Fontes.

EQUOTERAPIA E AUTISMO: UM ESTUDO TEÓRICO A PARTIR DA TEORIA DE WINNICOTT

Aline Soares Mazzeu da Silva³⁵

Fabiane Petean Soares de Lima³³

Rodrigo Jorge Salles³⁶

RESUMO: O indivíduo com Transtorno do Espectro Autista (TEA) pode apresentar uma dificuldade na interação social e interesses restritos/repetitivos. A literatura menciona algumas terapêuticas secundárias, como a equoterapia, que podem auxiliar no tratamento destas crianças. A equoterapia utiliza o cavalo como mediador, promovendo grande variedade de estímulos sensoriais e possibilitando uma relação de troca e formação de vínculo entre praticante, cavalo, equoterapeuta e condutor. Trata-se de um estudo teórico que objetivou compreender como a prática da equoterapia pode influenciar no estabelecimento dos vínculos afetivos da criança e no tratamento do autismo, a partir da visão de Winnicott, utilizando o recurso de vinhetas clínicas para melhor ilustração. Foi enfatizado que o cavalo, terapeuta, condutor e o *setting* possibilitam que a criança revivencie a experiência de falhas primitivas, podendo reestruturá-las afetivamente.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; Infância; Objetos Transicionais; Terapia Assistida por animais.

TEMA

O objetivo desta pesquisa é compreender, a partir de um estudo teórico, como a prática da equoterapia pode influenciar no estabelecimento dos vínculos afetivos, e no tratamento do autismo, tendo como base a teoria de Winnicott. Para melhor ilustração dos conceitos, será utilizado o recurso de vinhetas clínicas, tendo como referência a experiência das autoras em uma instituição de equoterapia.

INTRODUÇÃO

³⁵ Graduandas em Psicologia pela Universidade São Judas Tadeu

³⁶ Mestre Professor da Universidade São Judas Tadeu

O indivíduo com Transtorno do Espectro Autista (TEA), segundo o DSM – V (2014) pode apresentar uma dificuldade na interação e comunicação social (como estabelecer diálogo com outra pessoa), e apresentar comportamento/interesse restritos e repetitivos (fala estereotipada e rotinas ritualizadas). Os três sintomas principais destacados pelo manual referido são: déficits na reciprocidade sócioemocional; déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados na interação social; e déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos (DSM – V, 2014).

A etiologia do autismo ainda é uma incógnita, podendo ser causado por fatores genéticos ou alterações neurobiológicas (Carvalho, Vergani & Brunoni, 2004). Já o DSM – V (2014) inclui a influência do ambiente, em que a idade avançada dos progenitores; baixo peso do recém-nascido; e contato com ácido valpróico, podem contribuir para o desenvolvimento do TEA.

Da mesma forma que a etiologia do TEA ainda é incerta, a sua cura também o é. Desde a década de setenta, há uma predominância de intervenções com foco psico-educacional, baseadas nas diversas teorias da aprendizagem (Pereira 1996, citado por Santos & Sousa, s.n.), e profissionais e pais acreditam que algumas terapêuticas secundárias também desempenham bom desenvolvimento em habilidades de comunicação e redução de sintomas associados ao autismo. Estas terapêuticas complementares podem abarcar a música, arte ou terapia com animais (AMA, 2005; Aarons & Gittens, 1992, citados por Santos & Sousa, s. n.), sendo esta última o foco deste estudo.

A equoterapia é um tipo de terapia que engloba todas as atividades e técnicas que utilizam o cavalo como mediador, visando educar ou reabilitar indivíduos que apresentam algum tipo de deficiência, seja física e/ou psíquica (Associação Nacional de Equoterapia [ANDE], 2016). Vale ressaltar que não é uma terapêutica que tem como característica apenas a montaria, mas também estão envolvidas “a condução do animal, o preparo de alimentos, o banho, a escovação e o encilhamento do cavalo” (Uzun, 2005, p.45), atividades estas que tem como foco a aproximação e vinculação entre criança e animal.

Na equoterapia o cavalo é promotor de ganhos psicológicos e físicos, e o equoterapeuta atua como facilitador, potencializando a autoestima e confiança do paciente (Uzun, 2005). O equoterapeuta é o profissional da psicologia, da fisioterapia ou outras áreas, que acompanha os pacientes, que nesses contextos são chamados de praticantes. Este profissional, além de estimular e desenvolver atividades com a criança na montaria, preza pela segurança do praticante, o acompanhando, geralmente, na

lateral do animal (Cirillo, 2001). Além deles, nesse cenário há também a presença e atuação do condutor/auxiliar-guia que é responsável em conduzir o animal e controlar os passos de acordo com o plano terapêutico em vigor (Colamarino, s. n.).

Resultados das pesquisas de Freire (1999) mostram que as crianças autistas, ao serem submetidas à equoterapia, em sua maioria não apresentam aversão ao animal, aceitando-o. Isso acaba favorecendo o contato social com os demais indivíduos da equipe, permitindo um desenvolvimento afetivo e uma melhora nas relações sociais.

As sessões de equoterapia com crianças autistas seguem algumas fases (Freire, 1999): a fase da aproximação, da descoberta, educativa e da ruptura, as quais o terapeuta segue acompanhando o praticante ao lado do cavalo (Uzun, 2005). A fase de aproximação é o primeiro contato da criança com o animal, e isso pode gerar diversos tipos de reações, desde sair de perto de seu responsável e correr na direção do cavalo, como gritar ou mostrar receio quando estiver por perto do animal. Depois de trabalhada a aproximação, segue a fase da descoberta que é quando a criança supera o receio ou indiferença com o animal. Na educativa, o cavalo já estará realizando os passos, estimulando assim a criança. Por fim, na fase de ruptura, que ocorre ao final da sessão, a criança irá acompanhar ou levar seu cavalo até a baia, ocorrendo a separação com o animal.

Partindo da perspectiva de que com a criança autista se trabalha a aproximação dela com o animal para o estabelecimento do vínculo com o mesmo, é interessante relacionar com a teoria de Donald W. Winnicott, tendo em vista a consideração que este autor possui na relação indivíduo-ambiente em todos os processos do desenvolvimento emocional primitivo da criança, bem como na gênese dos transtornos mentais.

Winnicott enfatiza o papel das experiências iniciais para a configuração e estabelecimento dos vínculos afetivos futuros, sendo que o protótipo de toda configuração vincular é o vínculo mãe-bebê, e a qualidade das relações posteriores dependerão diretamente das experiências vivenciadas por esta díade durante o desenvolvimento infantil inicial (Winnicott, 1970/2002).

A partir disso, segundo Winnicott (1966/2005), a etiologia do autismo remete às falhas precoces na função de cuidado materno com o seu filho, no início do desenvolvimento do bebê, já que é um período que requer total atenção. Ou seja, o autismo remete a falhas no estágio de dependência absoluta (estágio de *holding*), em um momento em que a criança ainda não conquistou tarefas básicas como a integração, personalização, e início das relações com objetos externos, utilizando defesas autísticas como manobras defensivas para lidar com as angústias decorrentes destas falhas. Isso ocorre

justamente pelo estado de não integração que a criança se encontra, e com isso, não há outras defesas mais maduras para lidar com as falhas ambientais, tendo no momento, o isolamento do Eu, como principal recurso defensivo. Já o tratamento destes casos, consiste em restituir a falha materna ocorrida inicialmente, em que, ações como o toque físico, por exemplo, são mais importantes do que uma interpretação (Winnicott, 1966/2005).

Diante do exposto, essa pesquisa buscou compreender, a partir de um estudo teórico, como a prática da equoterapia pode influenciar no estabelecimento dos vínculos afetivos, e no tratamento do autismo, tendo como base a teoria de Winnicott. Para melhor ilustração dos conceitos, será utilizado o recurso de vinhetas clínicas, tendo como referência a experiência das autoras em uma instituição de equoterapia.

DESENVOLVIMENTO DO TEMA

Pensando sobre o tratamento do autismo, a partir de Winnicott, pode-se pensar em como a equoterapia pode auxiliar na reparação da falha inicial, possibilitando a vivência de uma experiência que não foi possível ser vivida nos estágios iniciais do desenvolvimento. No *setting* da equoterapia, não é só o terapeuta quem exerce o *holding*, mas é como se o cavalo também realizasse essa função. O contato físico, o toque da criança na pelagem do animal, o andar que remete ao colo da mãe, faz com que o autista possa se sentir cuidado. Além disso, há também o próprio apresso da criança autista à sensorialidade (a linguagem pré-verbal), em que o contato com o cavalo se torna uma experiência sensorial primitiva.

Bueno e Monteiro (2011) destacam a representação do cavalo para Winnicott “como um objeto transicional, facilitador de novas condições e experiências, além de possibilitador de uma relação de troca, formando vínculo afetivo” (p.173). Com isso, hipotetiza-se que com as falhas da mãe, cria-se a necessidade de prover uma experiência que foi impedida anteriormente. Elege-se assim, um objeto simbólico concreto, que poderá ser o cavalo. Da mesma forma que o bebê está fusionado a mãe no início de seu desenvolvimento, ele poderá se fundir ao cavalo, terapeuta e/ou condutor, ocorrendo projeções, já que o cuidado do terapeuta e condutor, juntamente com o andar do cavalo, acalentam de forma semelhante ao momento em que a mãe segura o seu bebê no colo (Bueno & Monteiro, 2011).

Essas mesmas autoras compreendem que, do ponto de vista da criança, o cavalo poderá ocupar o espaço da transicionalidade, sendo, portanto, um objeto transicional. Entretanto, é importante considerar que as experiências proporcionadas no *setting* de

equoterapia só são possíveis em um campo relacional humano. Ou seja, devido ao isolamento do Eu, a criança autista não consegue por si só eleger este objeto transicional, precisando, portanto, que terapeuta e condutor, a auxilie na apresentação desse objeto, já que ela não se aproximaria do cavalo se este não fosse apresentado por um “outro” que é humano.

Partindo desta perspectiva, as autoras deste presente estudo também supõem que o cavalo preenche as características de um objeto transicional, pois pode ocupar o espaço da transicionalidade, permitindo a passagem de um sentido de realidade subjetiva para a realidade objetiva, como se fosse uma ponte entre o Eu e o outro, entre o interno e o externo. A pelagem do cavalo tem uma textura relativamente macia, e a criança consegue manuseá-lo, seja conduzindo as rédeas ou o escovando, além do próprio calor do equídeo que transmite para quem o manuseia. Ele estimula a criança constantemente enquanto ela está montada, ou quando está zelando por ele (escovando ou alimentando-o).

Paralelamente, também foi elaborado pelas próprias autoras que a experiência sensorial fornecida pode relacionar-se com o *handling*, de maneira que, no contato com o animal apresentado pelo equoterapeuta, a criança pode conhecer também o seu próprio corpo, suas funções e limitações, desenvolvendo contornos para o Eu e auxiliando no seu processo de personalização. Ela também tem a experiência de troca: ela é cuidada pela equipe e pelo cavalo, e pode agora cuidar, principalmente deste último, garantindo uma relação de reciprocidade, que é uma característica importante dos vínculos afetivos autênticos.

Devido às crianças autistas terem uma experiência de ruptura precoce no vínculo, em função de falhas ambientais, isso acarreta uma dificuldade em confiar no outro, permanecendo em um eixo narcísico em que é impossível por si só estabelecer uma relação com um objeto externo ao Eu. Com isso, foi deduzido pelas autoras que o contato com o cavalo, juntamente com o terapeuta e condutor que dirigem a atividade, remete muito a experiência da criança ser cuidada. Por ser um momento que permite esta regressão, as lacunas oriundas da falha materna podem ser completadas, para, a partir disso, favorecer o processo de integração do Eu. A tríade (cavalo, terapeuta e condutor) gradativamente permite a transição do mundo subjetivo da criança para o mundo externo, objetivo. Além disso, permite que a criança saia de um fechamento em si para uma aproximação gradual com objetos externos ao Eu. Neste movimento, a criança pode reestabelecer a confiança no ambiente, perdida devido a experiências de frustrações precoces.

Porém, as autoras alertam para não incorrer na compreensão equivocada de que, a experiência com o cavalo, poderá substituir a experiência humana. A aproximação com o “objeto cavalo”, só é possível graças ao contato com o terapeuta e condutor, os quais deverão estar sempre acompanhando o seu praticante, o encorajando, mas, principalmente, respeitando o ritmo da criança. Por isso, se faz jus que no estabelecimento de contrato, a instituição de equoterapia não limite um prazo para o tratamento, pois é de extrema importância que essa criança tenha o seu ritmo respeitado, a fim de não vivenciar novas falhas ambientais, como por exemplo a ruptura precoce.

Como apontado, a equipe e o animal em questão exercem o papel de intercessor entre mundo interno e mundo externo da criança, principalmente em crianças autistas que o isolamento do Eu é tão intenso. Foi visto que a primeira fase numa sessão com crianças autistas na equoterapia é a de aproximação, e esse momento remeteria a uma angústia de separação, pois o praticante sairá de perto de seus responsáveis ou das pessoas que conhece, para experienciar uma situação nova. Algumas crianças choram nesse momento, mas outras correm na direção do cavalo. Para ilustrar essa primeira fase, a partir da experiência clínica das autoras na área, cita-se o exemplo de uma criança que em seus primeiros atendimentos chorava muito ao se separar de sua mãe e de seu avô para se aproximar do cavalo, e permanecia chorando durante a montaria, mesmo com o terapeuta e condutor conversando com ela, a estimulando que acariciasse o animal.

Com isso, independentemente da reação, o terapeuta trabalhará a aproximação tanto da criança com o cavalo, como o oposto, respeitando o tempo de cada um, para que depois o praticante possa avançar para a fase da descoberta. Nesse ponto, o cavalo não será mais algo que suscita medo ou indiferença, pois a partir de suas experiências de acariciá-lo, limpá-lo, escová-lo, entre outros contatos físicos, o animal poderá tornar-se importante para a criança e ela poderá elegê-lo como objeto transicional. A mesma criança mencionada, após alguns atendimentos, passou a chorar na recepção, quando chegava adiantada e precisava aguardar para poder montar em seu cavalo. Esse tipo de reação pode indicar que para ela, o cavalo já se tornou algo primordial, que quando o vê, mas ainda não pode montar, pois ainda não está no seu horário de atendimento, ela pode se sentir ansiosa por estar separada de seu objeto. Nessa situação fica claro também a importância do terapeuta e condutor que apresentaram e desenvolveram a aproximação dessa criança com o animal.

Outro caso que pode ser exemplificado, é o de uma criança, também autista, que quando zelava pelo seu animal, na maioria das vezes optava por lavar as patas do

cavalo. Pensando num simbolismo, ela cuidava justamente da parte que permite que o animal fique em pé, ou seja, é como se ela cuidasse da base da estrutura do seu objeto, a base da sua ponte entre mundo interno e externo, para poder continuar alcançando o seu mundo objetivo e se manter numa relação com o outro. Além disso, talvez esta atitude também possa mostrar que ela já compreende o objeto como externo e real, e ao lavar as patas do animal, demonstra uma atitude de cuidado com um outro externo ao Eu, pois conforme a criança vai alcançando confiança no ambiente, o objeto transicional, em alguns momentos, pode ser visto como objeto real, que deve ser zelado. Era uma criança que estava há vários anos sendo atendida nessa modalidade terapêutica, mas também era acompanhada por outros especialistas, e ela já se relacionava bem com as pessoas da instituição, interagindo através da fala ou de brincadeiras.

Uma de suas brincadeiras mais frequentes antes da montaria³⁷ era interpretar personagens de uma série televisiva. Ela sempre insistia em repetir essa brincadeira, e após várias sessões interpretando determinado personagem, o terapeuta propôs fazer um sorteio com os papéis para ver qual personagem cada um deveria interpretar. Inicialmente ela não queria o sorteio, pois havia a probabilidade de que não fosse mais seu personagem preferido. Após sorteado, realmente ela não ficou com este papel, pegando o papel de vilão, e brincou normalmente, dando dicas ainda para a estagiária de como deveria ser feito o outro personagem. Isto expõe como o vínculo com o animal vai se estendendo para outros indivíduos, como terapeuta, estagiários, etc. A experiência de confiança vai sendo retomada gradativamente, tanto com objetos externos (pessoas), como em si mesma, pois ela compreende que pode interpretar outros papéis sem modificar seu *self*, mostrando, portanto, que os cuidados já foram internalizados de forma satisfatória.

As experiências na equoterapia podem fazer com que as crianças autistas saiam do seu próprio mundo para começar a olhar o seu entorno, e quando isso ocorre, é porque existe algum tipo confiança no seu ambiente. E se há confiança, há o desenvolvimento do vínculo afetivo. Para isso, da mesma maneira que o *setting* na clínica não deve sofrer modificações, o *setting* no picadeiro também não. Isto envolve inclusive o cavalo, pois se esse animal é visto como um objeto transicional, a criança deverá até conseguir desenvolver certa autonomia psíquica, manter o contato sempre com o mesmo animal, bem como com o equoterapeuta, condutor do cavalo, entre outros. Porém, depois que as crianças autistas ganham certa autonomia psíquica, o animal poderá até ser trocado, visando à quebra da rotina.

³⁷ A sessão era dividida em 25 minutos de atividades e 25 minutos de montaria.

Na experiência das autoras, observou-se que quando houve a troca de cavalo da última criança mencionada, ela não mostrou nenhum incômodo, o que é muito positivo, demonstrando a quebra nas condutas estereotipadas. Quando a rotina é rompida sem gerar angústia de separação para essa criança, isso ilustra que a experiência com o ambiente foi internalizada de forma satisfatória, e ao se afastar do objeto/rotina, a criança já entende que não irá perder esta experiência, pois a mesma está retida em seu mundo interno, demonstrando, portanto, que já há uma constância objetal.

CONCLUSÕES

Diante deste enfoque psicanalítico na equoterapia com crianças autistas, defendeu-se que o cavalo, terapeuta, condutor e o *setting* do picadeiro permitem que a criança revivencie a experiência das etapas primitivas que ocorreram as falhas iniciais. A partir disso poderá reestruturá-las afetivamente, uma vez que o cavalo e a equipe (equoterapeuta e condutor) podem assumir o papel de *holding* e *handling*, além do animal poder ser eleito como objeto transicional, mediante sua apresentação através da equipe.

O cavalo é apresentado para a criança pela equipe, de forma que ela poderá viver uma experiência com este "objeto" que ocupa o espaço transicional. Na medida em que a experiência regressiva vai sendo bem-sucedida, devido ao *holding* promovido pela tríade (cavalo, equoterapeuta e condutor), ela pode gradativamente ir confiando no ambiente e também, em alguns momentos, ir percebendo o cavalo como um objeto externo ao Eu. Se a criança adquire uma constância objetal, ela pode lidar com rupturas do vínculo, como a troca do cavalo, sem experienciar a angústia de separação de forma tão intensa, pois já internalizou o cuidado, entendendo que a mudança no *setting* não acarretará uma mudança em seu *self*. Isso implica resultados positivos em relação aos sintomas característicos, como isolamento do *self*, adoção de condutas estereotipadas, pois essas condutas estereotipadas são parte da experiência de não confiar em um ambiente que já falhou antes e que pode vir a falhar novamente.

Portanto, o contato com a tríade (cavalo, terapeuta e condutor) gradativamente permite que a criança saia de um fechamento em si para uma aproximação gradual com objetos externos ao Eu. Essas experiências tendem a fazer com que as crianças autistas saiam do seu próprio mundo para começar a olhar no seu entorno, podendo reestabelecer a confiança no ambiente, cuja aquela foi perdida devido experiências de frustrações precoces. Quando isso se inicia, é porque existe algum tipo de confiança no seu ambiente. E se há confiança, há o desenvolvimento do vínculo afetivo.

REFERÊNCIAS

- Associação Americana de Psiquiatria (APA) (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-V* (5a. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Associação Nacional de Equoterapia. In *Equoterapia*. Recuperado em 22 de junho, 2016, de <http://equoterapia.org.br>
- Bueno, R. K. & Monteiro, M. A. (2011, outubro). Prática do psicólogo no contexto interdisciplinar da equoterapia. *Vivências*, 7(13), 172-178.
- Carvalho, G., Vergani, N. & Brunoni, D. (2004). Genética do autismo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(4), 270-272.
- Cirillo, L. de. C. (2001). *ANDE – BRASIL: Apostila de Equoterapia*. Brasília.
- Colamarino, E. (s. n.). O auxiliar-guia e a condução do cavalo de equoterapia. In: *Núcleo de Equitação Terapêutica*. Recuperado em 23 de setembro, 2016, de <http://www.equoterapienet.com.br>
- Freire, H. B. G. (1999). *Equoterapia, teoria e técnica: uma experiência com crianças autistas*. São Paulo: Vetor.
- Santos, I. M. S. C. & Sousa, P. M. L. (s.n.) Como intervir na perturbação autista. In *O Portal dos Psicólogos*. Recuperado em 16 de Julho, 2015, de <http://www.psicologia.pt>
- Uzun, A. L. de L. (2005). *Equoterapia: aplicação em distúrbios do equilíbrio*. São Paulo: Vetor.
- Winnicott, D. W. (2002). A dependência nos cuidados infantis (1970). In D. W. Winnicott (Org.) (2a tiragem), *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Winnicott, D. W. (2005). Autismo (1966). In R. Shepherd, J. Johns & H. T. Robison (Orgs.), *Pensando sobre crianças* (2a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

ESTILOS PARENTAIS E AS INFLUÊNCIAS DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NA CRIAÇÃO DOS FILHOS

Tatiane Karina Miranda de Sousa³⁸

Flavia Eduarda Andrade³⁶

Cristiane Silva Cubero dos Santos³⁶

Jacqueline Pereira Carneiro³⁶

Lilian Pereira de Medeiros Guimarães³⁹

Resumo

Considerando o ambiente familiar como base para a formação psicológica e social do indivíduo, pode-se notar que um único membro da família pode afetar todos os outros, implicando assim no comportamento de uma criança. Em um projeto conjugal de um filho impensado, a educação deste é uma tarefa muito difícil e um desafio permanente, no qual a inconstância parental fará parte integrante, podendo acarretar a má qualidade da integração da criança com os pais, as experiências de variadas práticas educativas parentais contribuirá significativamente para o desenvolvimento infantil. Os estilos parentais é um tema que vem sendo muito discutido, o método utilizado pelos pais para educarem seus filhos é de suma importância, pois existem diferenças nas relações educativas e no estilo educativo de cada pai, por exemplo; o estilo educativo autoritário, permissivo (indulgente/negligente), autoritativo e participativo, e como consequência o impacto dos estilos parentais no desenvolvimento infantil. O principal objetivo desse artigo de fato foi realizar um levantamento bibliográfico sobre o tema

Palavra Chave: Família, Estilos Parentais, Práticas Educativas, Comportamento infantil, Problemas de Comportamento.

Introdução

Um dos grandes desafios dos pais nos dias atuais é o método de educar seus filhos. Com o decorrer de seu crescimento essa tarefa vai se tornando cada vez mais

³⁸Graduandas do 10º período do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de São José dos Campos-SPtatiane.miranda@aedu.com

³⁹Doutora pela PUC- Campinas em Psicologia como Ciência e Profissão e professora do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de São José dos Campos- SP

complexa, pois o contexto familiar é muito importante para a educação infantil, é o primeiro ambiente em que a criança participa ativamente, é onde ela aprende a se relacionar e os pais se tornam o principal modelo de sua aprendizagem. Embora a escola, os colegas e os grupos sociais tenham grande influência sobre sua formação, os valores morais e a conduta são obtidos por meio do convívio familiar.

A interação dos pais com seus filhos são cruciais para seu desenvolvimento, pois esta é a base necessária para a socialização e promoção de comportamentos socialmente adequados. Essas relações estabelecidas entre os pais e filhos são mantidas pela obrigação de cuidar, educar e buscar o desenvolvimento dos mesmos, o que resulta em um conjunto de características que podem ser denominadas de formas distintas como: práticas parentais, práticas educativas parentais, práticas de cuidados e cuidados parentais. Essas, dizem respeito às estratégias que os pais utilizam para educar seus filhos, para que de uma forma geral eles não apresentem comportamentos socialmente inadequados.

Dessa forma, o presente artigo investigou as interferências dos cuidados parentais na educação dos filhos e ressaltou a importância no seu desenvolvimento. Foi realizado um levantamento com a principal finalidade de identificar as influências das práticas educativas parentais na educação infantil e apontar as possíveis correspondências dos estilos parentais na criação dos filhos.

Assim definiu-se como objetivo para esse trabalho: A) apontar a importância da relação familiar no desenvolvimento da educação infantil; B) abordar os problemas de comportamento infantil; C) identificar os diferentes estilos parentais e as práticas educativas parentais e D) identificar a relação do comportamento infantil com os estilos parentais.

Entendendo que o contexto familiar é de extrema importância para o desenvolvimento infantil, constata-se a necessidade de se indagar sobre a influência das práticas educativas parentais na formação do indivíduo. A pesquisa bibliográfica com fins científicos sobre práticas educativas parentais é de suma importância, pois abrange a família e conseqüentemente refletindo diretamente nos comportamentos emitidos na sociedade. Assim, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a influência dos estilos e práticas parentais na educação infantil. Após o levantamento dos materiais teóricos, foram lidas as sínteses das publicações com direcionamento ao tema proposto, a partir do juízo crítico a seguir; artigos científicos, textos online nacionais e internacionais, monografias, teses, dissertações, livros, acessados em base de dados

como: Scielo, BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), SAGE Journals, Journal Citation Reports, ERIC. Para a triagem das fontes, foram utilizadas como critério de inclusão, as bibliografias que abordassem as práticas educativas, estilos parentais e os problemas de comportamento infantil, e foram excluídas de forma criteriosa) aquelas que não acataram a temática proposta da problemática.

Assim, este trabalho teve o objetivo de contribuir com elementos teóricos de modo a agregar conhecimentos e análise bibliográfica frente às influências das práticas educativas parentais na educação/criação dos filhos, já que há indicações de condutas parentais consideradas positivas e negativas com o objetivo de educar, socializar e controlar o comportamento de seus filhos.

A importância da Família no contexto social

O modelo de família tradicional predominou-se do início do século XX até meados dos anos 60, onde os homens e mulheres possuíam papéis definidos socialmente e culturalmente na sociedade. A partir deste cenário o homem era considerado como gerenciador da casa, era ele que trazia todo o sustento da família, e detinham do poder, da autoridade sobre a mulher e os filhos, a mulher então assumia o papel do trabalho doméstico, se dedicava ao zelo do marido e dos filhos. As relações familiares dentro deste contexto eram estabelecidas pelas diferentes gerações, constituídas pelo respeito e autoridade, vínculo pelo qual se caracteriza na relação adulto criança. O pai tinha neste período o poder total sobre seus filhos, existia um rigor sobre o cumprimento das normas e regras impostas pela sociedade, ressaltando que tais atitudes utilizadas pelos pais eram fundamentadas aos princípios ligados a moralidade religiosa, normas da sociedade e as práticas médicas.

Assim Gomes (1988, citado por Bottoli, Burger, Castro e Ferrão, 2012) definiu a família tradicional como:

“Uma união exclusiva de um homem e uma mulher, que se inicia por amor, com a esperança de que o destino lhes seja favorável e que ela seja definitiva. Um compromisso de acolhimento e cuidado para com as pessoas envolvidas e expectativa de dar e receber afeto, principalmente em relação aos filhos. Isto, dentro de uma ordem e hierarquia estabelecida num contexto patriarcal de autoridade máxima que deve ser obedecida, a partir do modelo pai-mãe-filhos estável” (GOMES, p. 38).

No entanto a instituição familiar vem se modificando com o decorrer dos anos. Por muito tempo a família se constituía apenas por membros que tinham a mesma herança genética, ou seja, com a mesma ligação sanguínea. Com a evolução e a chegada da modernidade, outros conceitos importantes foram se construindo nessas relações, tornando a instituição familiar mais ampla. Uma definição clássica utilizada para compreender esta reformulação da família, considera não só os laços sanguíneos, mas sim quaisquer laços de afinidade, que compreende a vivência no mesmo âmbito doméstico. Desta forma, a instituição familiar é notável para a constituição da personalidade do indivíduo e um intenso formador de comportamentos individuais. Logo, o modo de como as medidas educativas é aplicado dentro deste contexto, impacta significativamente em sua formação social. (Nascimento, Carvalho, Teodoro, 2012).

Para Patias, Siqueira e Dias (2013), o contexto familiar é muito importante para a formação da educação infantil, é o primeiro ambiente e contato em que a criança participa ativamente, é onde ela aprende a se relacionar. Embora a escola, os colegas, os grupos sociais sejam reforçadores sobre sua formação, os valores morais e a conduta são obtidos primeiramente por meio do convívio familiar. As interações dos pais com seus filhos são cruciais para seu desenvolvimento, pois essa relação é a base necessária para a socialização e promoção de comportamentos socialmente adequados. A família é a base responsável por dar sequência nos valores, crenças, costumes e principalmente modelos educativos. Portanto é necessário que os pais tomem ciência que o ambiente apresentado à criança, seu estilo e sua prática parental podem manifestar comportamentos aprendidos, seja adequado ou não, por isso quaisquer comportamentos que seja valorizado pela família devem ser apresentados e ensinados a criança.

Estilos parentais e práticas educativas

Cassoni (2013), afirma que grande número de pesquisas e estudos foi realizado com intuito de explicar qual melhor maneira de educar e pontuar quais efeitos teria as atitudes dos pais sobre seus filhos. Desde a década de 30 estuda-se a melhor maneira de ensinar e educar, buscando identificar quais as consequências e melhores atitudes que possam vir a interferir no desenvolvimento da criança de acordo com distintos modelos de pais. Ainda segundo a autora, Baumrind (1966), foi à pioneira nos estudos em relação aos estilos parentais, integrando os fatores comportamentais e os afetivos na criação dos

filhos. Seu estudo em relação aos tipos de estilos parentais foi uma grande influência a outros estudos realizados sobre educação pais-filhos, agindo como base para novos conceitos de estilos que integram aspectos comportamentais e emocionais. A autora ainda enfatiza a autoridade que pais praticam em seus filhos, visando nesse controle à expressão de valores e crenças parentais. Em sua percepção, o controle está ligado com as expectativas de maturidade atribuídas pelos pais e cobranças, através de supervisão, confrontos e disciplinas consistentes. A comunicação, controle e afeto com suas variações, determinam três etilos parentais: o autoritário, o autoritativo e o permissivo (Cassoni, 2013).

Baumrind (1966, citada por Weber et. Al, 2004), descreve que os pais autoritários controlam, moldam e analisam o comportamento dos filhos por meio das regras estabelecidas; instigam a obediência através do respeito à autoridade e aprovam medidas punitivas, demonstram pouca afetividade e um controle mais rígido, afetando a individualidade dos filhos e em sua independência. Já o estilo Autoritativo, descrito pela autora, é definido como o controle parental onde os pais direcionam atividades para seus filhos de forma orientada e racional; aderem a uma comunicação clara, incentivando o diálogo entre eles; corrige as atitudes negativas da criança e gratifica as positivas, são responsivos às necessidades, afetuosos na integração e quando conveniente solicitam a opinião dos filhos ocasionando e incentivando na tomada de decisão.

Ainda segundo a autora, os pais denominados permissivos, comportam-se de forma receptiva as ações e desejos de seus filhos e não de forma punitiva; situam-se para criança como recurso de realização de suas vontades e não como exemplo a ser seguido, nem de forma responsável em moldar ou corrigir seu comportamento. Os pais com estilo permissivo agem de forma transigente e possui mais aceitação diante as ações, desejos e impulsos dos filhos, ocorrendo ausência de uma posição autoritária e de advertências, e não impõe controle sobre elas.

Em relação às práticas educativas parentais Alvarenga e Piccini (2001), descrevem como estratégias utilizadas para instruir, socializar, ensinar e controlar o comportamento dos filhos, com intuito de suprir os comportamentos inadequados ou incentivar os comportamentos adequados. Incluem práticas parentais fatores de interação pais-filhos como, linguagem corporal, tom de voz e mudança de humor. Assim os pais não influenciam todas as crianças do mesmo jeito e com a mesma intensidade, eles têm a responsabilidade de trabalharem para que as necessidades dos filhos sejam recebidas, seja ela qual for, e devem ajudar a criança no sentido que

adquiram aptidões. (Zagury, 2000). Quando os pais não estabelecem limites, não concordam e não incentivam as atitudes positivas, a criança acaba não aprendendo as regras básicas de convivência, podendo desenvolver comportamentos inadequados e apresentando problemas de comportamento.

Um olhar atento para os problemas de comportamento infantil

Considerando o ambiente familiar como base para a formação psicológica e social do indivíduo, pode-se notar que um único membro da família pode afetar todos os outros, implicando assim no comportamento de uma criança. Em um projeto conjugal de um filho impensado, a educação deste é uma tarefa muito difícil e um desafio permanente, no qual a inconstância parental fará parte integrante, podendo acarretar a má qualidade da integração da criança com os pais, as experiências de variadas práticas educativas parentais contribuirá significativamente para o desenvolvimento infantil. A falta de regras e orientações básicas no construir do caminho evolutivo da criança é representativo da instabilidade parental que desencadeia a insegurança e mau comportamento infantil (Silva, 2008).

É difícil saber com exatidão o que é comportamento infantil dito normal ou temperamento dito anormal, pois igualmente aos adultos, existe uma variedade de comportamento e condutas “normais” nas crianças. Nas clínicas de psicologia os problemas de comportamento infantil têm sido relatados como queixa com mais frequência ao longo dos anos, onde se considera problemas de comportamento aqueles socialmente inadequados, representando déficit ou excedentes comportamentais que prejudicam a interação da criança com pares e adultos de sua convivência (Carvalho, Junqueira, Gracioli e Bordin, 2010).

Esses problemas de comportamento aparecem em decorrência de eventos negativos proporcionados pelo ambiente em que a criança vive (familiar, escolar e social), desencadeando danos significativos no desenvolvimento da criança, tornando assim o fator principal para o desenvolvimento de comportamentos infantis pouco adequados.

A família pode ser considerada o sistema que mais influencia no desenvolvimento da criança. Assim surge como o mais poderoso sistema de socialização para o desenvolvimento saudável da criança e do adolescente, pois é com a família que a criança e ao adolescente experienciam as primeiras situações de aprendizagem, socialização e introjeção de padrões, normas e valores, no caso de a família não esteja funcionando adequadamente, as interações da criança com a sociedade estará

prejudicada, podendo acarretar em problemas de comportamento infantil (Silva, Betti e Rios, 2008).

A procura por atendimento psicológico decorre do pedido de auxílio de problemas de comportamento apresentado por crianças e adolescentes. Essa procura dá-se em virtude das inúmeras dificuldades que as famílias têm encontrado para educar seus filhos em um ambiente diferente daquele em que foram educados. (Mondin, 2008). Ainda segundo a autora um dos processos básicos na educação infantil, refere-se ao desenvolvimento da auto-estima, pois é a forma como a criança se sente em relação a si mesma, o quanto gosta de si própria, assim a auto-estima e a relação familiar estão inteiramente ligadas.

Estudar o relacionamento pais e filhos através dos estilos parentais tem sua importância por evitar os riscos de interpretações erradas a respeito de associações entre aspectos isolados das atitudes dos pais e características dos filhos. Comportamentos específicos de pais como agressão física, podem trazer impactos para o desenvolvimento dos filhos; porém, destacar qualquer destes comportamentos isoladamente pode levar a uma compreensão errônea (Darling, 1999). Alguns estudos mencionam as ligações entre estilo parental e características dos filhos, procurando explicar como as práticas parentais são capazes de prever os problemas de comportamento infantil. Com base em suas pesquisas, Baumrind (1966), propôs uma classificação dos pais com três modelos de controle: autoritativo, autoritário e permissivo.

Segundo Del Prette & Del Prette (2009), para que os pais promovam comportamentos adequados em seus filhos, necessitam portar-se de forma socialmente correta, sendo habilidosos socialmente ao invés de agressivos e/ou não assertivos, a fim de desenvolver a competência social dos mesmos. O padrão de criação dos filhos e mais as contrariedades na família frequentemente preveem problemas de comportamento.

Estilos Parentais e o reflexo nos comportamentos infantis

Bolsoni-Silva e Del Prette (2003) constataram que os problemas de comportamento podem ter influência de variáveis históricas, tais como características da família de origem, modelos de agressividade e de dificuldades prévias à paternidade, como problemas interpessoais e instabilidade emocional; ou variáveis atuais acerca da forma como os pais se relacionam com a criança, a características da criança (temperamento difícil, hiperatividade, dificuldades em habilidades sociais) e da escola.

Os pais do estilo autoritativo são apontados como referências positivas no desenvolvimento comportamental de seus filhos, é o estilo parental mais sensato. Eles são carinhosos e cuidadosos com seus filhos, mas também estipulam limites para os comportamentos deles, desenvolvem habilidades como: assertividade, responsabilidade social, bom desempenho psicológico e poucos problemas comportamentais e psíquicos; estimulam a independência favorecendo a autodisciplina e a maturidade em seus filhos. Em contrapartida, a figura representada pelos pais autoritários no que diz respeito ao rendimento escolar de seus filhos encontra um retorno satisfatório devido a serem pressionados a atender as expectativas de seus pais em relação à educação e da escolha profissional. Filhos criados por pais autoritárias inclinam-se a manifestar comportamentos de externalização e internalização, como; ansiedade, agressão física e verbal, problemas sociais, destruição de objetos, mentiras e estreitamento social Oliveira e cols. (2002, citado por Dessen e Polonia, 2007).

Hart (1992, citado por Mondin, 2008), refere-se à permissividade afirmando que “pais pensam que seus filhos se sentem amados porque podem fazer o que desejam. As crianças precisam de limites seguros, saudáveis e razoáveis, e nossa disposição em colocar esses limites transmite amor”. Pais permissivos tendem a apresentar boas habilidades parentais no ponto de vista do afeto e cuidados aos filhos, porém são criticados por não impor limites. Quando não determinam padrões de comportamento ou ditam consequências às más ações, os pais permissivos podem não educar seus filhos para terem habilidades suficientes para o sucesso social. Essas crianças podem ser autocentradas, egocêntricas, desenvolvendo assim um falso senso de direitos. Crianças orientadas por pais permissivos estão mais propensas a ter auto-estima elevada e níveis menores de depressão, mas é possível que desenvolvam comportamentos inadequados e dificuldades escolares, devido à acharem que podem fazer o que quiserem.

Del Prette & Del Prette (2009), afirmam que para os pais promoverem comportamentos adequados em seus filhos, necessitam portar-se de forma socialmente correta, sendo habilidosos socialmente ao invés de agressivos e/ou não assertivos, a fim de desenvolver a competência social dos mesmos. O padrão de criação dos filhos e mais as contrariedades na família frequentemente preveem problemas de comportamento.

Considerações Finais

Em decorrência desta pesquisa se confirma a importância do contexto familiar em geral como fonte estimuladora do desenvolvimento dos comportamentos infantis, das práticas educativas parentais na interação familiar e a necessidade de auxiliar as famílias para lidarem com dificuldades encontradas na educação dos filhos. Os estudos realizados fortalecem a compreensão de que o estilo parental autoritário não é positivo atualmente, mas por outro lado a adoção da prática educativa parental permissiva representa perigo para o desenvolvimento psicológico e social da criança. E finalmente, que pais e mães, ao construírem as práticas educativas autoritárias, atuando com seus filhos, impondo limites, desenvolvendo atividades orientadas, terão filhos mais independentes tornando-se mais confiantes, persistentes e guiados de uma forma positiva para agir pensar e escolher no futuro.

Assim, aponta-se que os pais com estilo autoritativo, vem sendo denominados como referenciais positivos no desenvolvimento comportamental de seus filhos, pois do mesmo modo que são carinhosos e cuidadosos, em equivalência também estipulam limites e desenvolvem habilidades, como: assertividade, responsabilidade social, bom desempenho psicológico e poucos problemas comportamentais e psíquicos; estimulando a independência e favorecendo a autodisciplina e a maturidade em seus filhos.

Cabe salientar que, apesar das práticas educativas parentais serem de suma importância para o desenvolvimento de comportamentos adequados ou inadequados de crianças e adolescentes, elas não são os únicos fatores de influência em seu desenvolvimento, deve-se levar em consideração fatores como: personalidades individuais, meio social e capacidades individuais. No entanto, a família é considerada o mais importante meio de socialização de uma criança, pois é o primeiro contato que esta tem, é no âmbito familiar que a criança aprenderá se socializar, interagindo com outras pessoas, construindo suas identidades. Embora a escola, os colegas, os grupos sociais sejam reforçadores sobre sua formação, os valores morais e a conduta são obtidos por meio do convívio familiar. As interações dos pais com seus filhos são cruciais para seu desenvolvimento, pois essa relação é a base necessária para a socialização e promoção de comportamentos socialmente adequados. Portanto, é de extrema relevância que se possa pensar em como a família contribui, tanto para o desenvolvimento adequado quanto inadequado de seus filhos.

O presente estudo apresenta a importância da relação familiar e do ambiente em geral, que proporcionam condições reforçadoras para o desenvolvimento adequado infantil, e destaca a importância do apoio a famílias, com o intuito de auxiliá-las na estruturação

e organização do ambiente familiar diante das dificuldades de educar seus filhos, a fim de enriquecer o ambiente de desenvolvimento de sua prole. Em suma, ressalta-se a necessidade de enfatizar mais pesquisa sobre o tema, principalmente sobre as consequências de cada prática parental no desenvolvimento infantil.

Referências

Alvarenga, P. and. Piccinini, C.. (2001). Práticas Educativas Maternas e Problemas de Comportamento em Pré-Escolares. *Psicol. Reflex. Crit.* [online]. vol.14, n.3, pp.449-460. Recuperado de:<<http://www.scielo.br/>. Acesso em 05 de junho de 2016

Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative control on child behavior. *Child Development*, California, v. 37, p. 887-907, 1966. Disponível em:<<http://persweb.wabash.edu/>. Acesso em 05 de maio .

Bolsoni-Silva, A. T.; Del Prette,. A. (2003) Problemas de comportamento: um panorama da área. São Carlos, v.5, n. 2, p. 01-103. Recuperado de <<Http://Pepsic.Bvsalud.Org/>. Acesso Em 15 De Março De 2016

Bottoli, C.; Bürger, R. B.; Castro, L. M.; Ferrão, N. R. (2012). Transformações da família nuclear para a família contemporânea: *novas configurações*. Anais do 5.º Interfaces do Fazer Psicológico: direitos humanos, diversidade e diferença. Santa Maria, Centro Universitário São Francisco – UNIFRA. Recuperado de:<http://www.unifra.br/>. Acesso em 6 de abril de 2016.

Carvalho, .D.M.; Junqueira, G. P.; Gracioli, S. M. A.. (2010). Avaliação do comportamento infantil: uma revisão da literatura. 11 p. Recuperado de: <<https://www.google.com.br/>. Acesso em 3 de maio de 2016

Cassoni, C. (2013). Estilos Parentais e Práticas educativas parentais: revisão sistemática e crítica da literatura. (Dissertação de Mestrado em Psicologia)- Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da USP, Ribeirão Preto -SP, Brasil. Recuperado de:<http://www.teses.usp.br/teses/> Acesso em 23 de maio de 2016 .

Darling, N.; (1999). Harmonious parents and their preschool children. *Developmental Psychology*, v. 4, n. 1, p. 99-102, 1971. Recuperado de: <<http://www.oberlin.edu/>. Acesso 12 de maio de 2016

Del Prette, A. Del Prette, Z (Orgs.), Ed. Alínea. (2009). Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção. Campinas-SP.

Dessen, M. A.; Polonia, A. C., (2007). A Família e a Escola como contextos de desenvolvimento humano. Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2007. Recuperado de : <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v17n36/v17n36a03.pdf>. Acesso em 3 de abril de 2016

Nascimento, A. C.; Teodoro, M. L. F.; Carvalho, M. J. C., (2012). A INFLUÊNCIA DAS RELAÇÕES FAMILIARES NO COMPORTAMENTO INFRATOR DE ADOLESCENTES. Universidade Estadual de Campinas, Campinas. Recuperado de: <http://www.unicap.br/>. Acesso em 25 de abril de 2016

Patias, N. D.; Siqueira, A. C.; Dias, A. C. G.. (2013). Práticas educativas e intervenção com pais: a educação como proteção ao desenvolvimento dos filhos. *Revista Mudanças – Psicologia da Saúde*, São Paulo, v.2, n.1, Jan-Jun 2013. Recuperado de <<https://www.metodista.br/>. Acesso em 23 de março de 2016

Silva, S.. (2008). Papel parental em perturbações do comportamento infantil, *Portal dos Psicólogos*. Portugal, v1, p. 1-32. Disponível em: <http://www.psicologia>. Acesso 12 de março de 2016 .

Weber, L. N. D.; Prado, P. M.; Viezzer, A. P.; Brandenburg, O. Justen. Identificação de Estilos Parentais: O Ponto de Vista dos Pais e dos Filhos. [S.l.: s.n.], 2004. p.323-331 Recuperado de <<http://www.scielo.br> Acesso 2 de maio de 2016

Zagury, T. (2010) Limites sem trauma. (86a ed.)Rio de Janeiro, Ed.Record.

ANSIEDADE COMO FATOR PERTINENTE NA COMPULSÃO ALIMENTAR INFANTIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Flávia Ivete da Conceição⁴⁰

Luciana de Fatima Ribeiro Bailon Silva¹

Lilian Pereira de Medeiros Guimarães⁴¹

RESUMO

Temos como obesidade, o desequilíbrio entre a energia gasta e ingerida, gerando assim acúmulo excessivo de gordura corporal, muitos são as variáveis que podem ser responsáveis por esse desequilíbrio, dentre muitas podemos citar estilo de vida, alterações neuroendócrinas e os componentes hereditários. A obesidade infantil é cada dia mais preocupante devido ao risco aumentado de sua persistência na idade adulta e riscos de doenças recorrentes dela. Para se ter sucesso no tratamento psicológico contra a obesidade é necessário que seja feito um bom psicodiagnóstico, sendo utilizados de diversas técnicas para que a compreensão da personalidade. A psicoterapia breve, tem como destaque o valor social, pois traz benefícios a uma demanda maior, facilitando o acesso aos indivíduos que não possuem condições de participarem de psicoterapias de longo prazo. Tendo a psicoterapia breve como base, o estudo visou investigar quais são os fatores psicológicos podem estar interligados a compulsão alimentar, para que seja possível um tratamento eficaz para a compulsão alimentar infantil.

Palavras chave: Psicodiagnóstico, Criança, Obesidade, Indicativos para Psicoterapia

⁴⁰ Alunas do 4º ano de Psicologia da Faculdade Anhanguera de São José dos Campos-SP-
flavinha.ivete@gmail.com

⁴¹ Doutora em Psicologia como Ciência e Profissão pela PUC de Campinas professora e supervisora de estágio da Faculdade Anhanguera de São José dos Campos

INTRODUÇÃO

Obesidade Infantil

a definição de obesidade se refere ao acúmulo excessivo de gordura corporal, derivada do desequilíbrio entre a energia gasta e ingerida. Existem muitos fatores que podem estar implicados para que ocorra esse desequilíbrio, entre esses fatores podemos citar estilo de vida, alterações neuroendócrinas e os componentes hereditários. (Silva e Bittar, 2012) Os autores ainda afirmam que a obesidade em crianças, devido ao risco aumentado de sua persistência na idade adulta e riscos de doenças recorrentes dela, é muito preocupante.

Os índices de obesidade vem aumentando cada vez mais nas camadas mais jovens da sociedade, porém o dado mais preocupante é a alta frequência dessas crianças e adolescente com sobrepeso se tornarem adultos obesos, sem contar com as consequências precoces na saúde cardiovascular do indivíduo. (Azevedo e Brito, 2012). Segundo Reilly et al. (2003) como citado em Silva e Bittar (2012) a obesidade pode ser considerada uma epidemia mundial que vem aumentando nas últimas décadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento em crianças e adultos. A obesidade em crianças torna-se um fator em potencial para a obesidade no adulto, além das complicações emocionais, causadas pela baixa autoestima, discriminação social, problemas respiratórios e metabólicos e doenças cardiovasculares.

A obesidade, como mostra a literatura, pode estar relacionada a vários fatores psicológicos, podemos citar a percepção de si, o controle, ansiedade e o desenvolvimento emocional de crianças e adolescentes, sendo necessário uma investigação sistemática, para que seja possível construir conhecimentos que contribuam para uma prática assistencial. (Cataneo et. al., 2005). Crianças, cujas necessidades estão reprimidas ou insatisfeitas, podem reagir através de uma solicitação alimentar crescente para ter uma compensação imediata. A alimentação equivale ao amor, tendo um valor de compensação e reconforto, ela se torna aparentemente submissa não suportando a recusa. (Ajuriaguerra, 1975, p. 199)

O autor ainda afirma que a obesidade corresponde, na realidade um distúrbio da personalidade, a criança que não encontra solução para as suas dificuldades, vê na obesidade uma proteção para os seus problemas.

O psicodiagnóstico clínico tem como objetivo obter descrição e compreensão mais profunda e completa possível da personalidade do paciente ou do grupo familiar, porém é uma prática considerada bem delimitada. (Oliveira et al, 2012). Ainda segundo o mesmo autor, o psicodiagnóstico é um importante auxiliar na compreensão da personalidade, sendo utilizadas diversas técnicas como aplicações de testagem psicológica, entrevistas e também com o brincar (a hora do jogo). E outros importantes autores se dedicam a esse estudo

Oliveira et. al., (2012) cita que o processo psicodiagnóstico é um processo de avaliação psicológica, onde é possível obter informações da estrutura e dinamismo psíquico do paciente, das funções mentais, funções cognitivas, traços da personalidade fazendo com que o psicólogo, consigo formular hipótese mais precisamente o diagnóstico.

OBJETIVO

Identificar os fatores psicológicos que podem estar vinculados a compulsão alimentar infantil, a partir do relato de um caso clínico.

ESTUDO DE CASO

Roseli, genitora de Ana, uma menina de 6 anos, nos relatou na primeira entrevista que está muito preocupada com sua filha, pois percebeu que há algum tempo ela se encontra muito ansiosa e descontando em sua alimentação, levando a genitora a temer que essa compulsão alimentar possa prejudicá-la em seu desenvolvimento, mas principalmente em seu futuro.

A ansiedade foi percebida depois que a menor ganhou uma boneca de dia das crianças e não era o modelo que ela queria, a mãe prometeu então que daria a que ela queria no Natal, após isso ela todos os dias perguntava quanto tempo faltava para a

data, e começou a pedir algo para comer logo após as refeições, quando não encontrava algo ao seu alcance, ficava impaciente pedindo a mãe.

Relata ainda que tem um filho mais velho (atualmente com 14 anos), e que entre as duas gestações ela sofreu um aborto espontâneo, a gravidez de Ana foi tranquila, porém de risco. A genitora teve pressão alta e diabetes durante toda a gravidez, deixando-a ansiosa e com medo devido ao aborto sofrido.

Ana nasceu prematura de 34 semanas, em um parto por cesariana. Seu desenvolvimento psicomotor foi normal, porém ela começou a andar tardiamente, o que deixou a mãe apreensiva, após uma consulta com o pediatra e fisioterapeuta, foi indicado apenas algumas sessões para estimular as pernas, pois a menor tinha apenas preguiça de andar e nenhum problema motor.

Entrou para a escola de educação infantil municipal aos 3 anos, está cursando o Pré II teve dificuldade de adaptação, chorando por 15 dias seguidos, mas hoje gosta muito da escola. Segundo relato da professora para a mãe, ela tem um bom relacionamento com todos na escola, seu desenvolvimento escolar também é muito bom, ela se encontra pré alfabetizada, consegue escrever o nome dos seus pais e o seu, e identifica os numerais.

Em casa brinca sozinha com bonecas, criando diálogos com as mesmas e as vezes chama os pais para brincarem, sendo o pai bem participativo nas brincadeiras. Tem ciúmes do pai, procurando sempre chamar sua atenção se relaciona bem com o irmão, mas a mãe acredita que o relacionamento poderia ser melhor, e acredita que essa dificuldade se dá por conta da diferente de idade entre eles.

Durante o período de avaliação a criança se mostrou receptiva, foram utilizados os seguintes instrumentos: Hora do jogo diagnostico, HTP (casa, árvore, pessoa) e Escala de Stress Infantil – ESI.

Na hora do jogo diagnostico a criança demonstrou ter boa plasticidade o que indica um bom nível cognitivo, porém fez escolha rígida nas brincadeiras,

O teste HTP (casa, árvore, pessoa), demonstrou que a paciente apresenta uma insegurança, compulsividade, retraimento, imaturidade, regressão, castração,

impulsividade, introversão, necessidade de aceitação ao meio, dificuldade com o meio. A escala de estresse – ESI não apresentou nenhum sinal de estresse.

Verificamos a necessidade da criança ser acompanhada em um processo terapêutico para diminuir sua ansiedade em relação a sua necessidade de aceitação ao meio e sua dificuldade com o mesmo.

Pode-se destacar que a queixa relatada pela mãe da menor, está ligada diretamente a mesma preocupação mundial atual, a obesidade que a cada ano está acontecendo em pessoas mais novas, o que pode levar a ocorrência de obesidade na idade adulta, além de problemas decorrentes dela.

Observou-se durante as sessões de psicodiagnóstico que a menor tem uma tendência a preocupação excessiva com a alimentação e apesar de ter um bom relacionamento social, ficou claro no teste realizado que ela tem dificuldade de se relacionar com o meio ambiente e medo de mudanças.

Com base nos dados coletados, percebe-se a importância da continuidade do atendimento em psicoterapia breve, para que a ansiedade gerada pela dificuldade de se relacionar com o meio e medo de mudanças sejam trabalhadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ajuriaguerra, J.(1975) **Manual de Psiquiatria Infantil**. 2º Edição. Ed Atheneu, SP. .

Azevedo, F. R; Brito B. C. (2012) **Influência das variáveis nutricionais e da obesidade sobre a saúde e o metabolismo**. Revista da Associação Médica Brasileira V. 58, p.714-723. Disponível em <http://www.sciencedirect.com/>. Acesso em 23/outubro/2016.

Castro M. G. K.; Sturmer A. et al.(2009) **Crianças e adolescentes em psicoterapia: a abordagem psicanalítica**. Porto Alegre. Artmed.

Cataneo, C.; Carvalho A. M. P.; Galind E. M. C. (2005) **Obesidade e Aspectos Psicológicos: Maturidade Emocional, Auto-conceito, Locus de Controle e Ansiedade**. Psicologia: Reflexão e Crítica, , 18(1), pp.39-46. Disponível em <http://www.scielo.br/>. Acesso em 23/outubro/2016.

Oliveira, M. V.; Mello, L. M.; Oliveira, V.F. (2012) **Psicodiagnóstico: Ferramenta de Intervenção Psicológica**. Disponível em <http://www.unifra.br/interfacespsicologia/>. Acesso em 25/outubro/2016.

Silva C. P. G.; Bittar C. M. L. (2012) **Fatores ambientais e psicológicos que influenciam na obesidade infantil**. Revista Saúde e Pesquisa, v. 5, n. 1, p. 197-207, jan./abr. Disponível em <http://periodicos.unicesumar.edu.br/>. Acesso em 23 de outubro de 2016.

AS FASES DO LUTO: ESTUDO DE CASO CLÍNICO ENVOLVENDO VIOLÊNCIA URBANA

Fernando Rodrigues de Moraes Alves⁴²

Carolina de Fátima Tse⁴³

Hilda Rosa Capelão Avoglia⁴⁴

Resumo

O luto, em uma perspectiva psicanalítica, é compreendido como uma reação diante da experiência de perda de um objeto investido de afeto, podendo desencadear angústia e sentimentos de culpa, caracterizando-se como luto normal ou patológico, a depender de como se desenvolve. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar as fases de desenvolvimento do luto em um caso clínico envolvendo violência no contexto urbano. Trata-se de um estudo de caso de um pai cujo filho foi assassinado em uma abordagem policial na Região do ABC/SP. O procedimento metodológico contou com a análise qualitativa, em uma perspectiva psicanalítica, dos relatos de 8 sessões, ocorridas no período de fevereiro a junho deste ano, em uma clínica escola da mesma região. Os resultados indicaram que o paciente, ao entrar em contato com os sentimentos desencadeados pela morte do filho, reflete sobre a parentalidade e a transgeracionalidade que permeiam sua história de vida. Observou-se distanciamento e embotamento afetivo entendido como recurso defensivo frente à dor ocasionada pela perda. Os atendimentos prosseguem no sentido de fortalecimento da capacidade de investimento emocional em outros vínculos, o que pode representar uma forma de enfrentamento da perda.

Palavras chave: Luto; Violência Urbana; Transgeracionalidade; Parentalidade.

Introdução

⁴² Psicólogo clínico – Universidade Metodista de São Paulo.

⁴³ Psicóloga clínica – Universidade metodsita de São Paulo.

⁴⁴ Professora Doutora – curso de Psicologia – Universidade Metodista de São Paulo.

Estudar a violência na dimensão do indivíduo é pensar nesse complexo fenômeno e como ele se circunscreve na vida desse indivíduo. Uma das marcas é a perda através da morte e, com isso, o luto, no qual discorreremos a seguir, uma vez que se constitui no tema deste artigo.

Violência no espaço urbano: alguns dados estatísticos

Segundo o Núcleo de Estudos de Violência da Universidade de São Paulo (NEV-USP, 2010), nos últimos 10 anos, a taxa média de mortes por agressões na Região do Grande ABCDMRR/SP, corresponde a 33,4% para 100.000 habitantes, registros esses superiores aos dados relativos à cidade de São Paulo (32,7% por 100.000 habitantes). Esses números apresentados estão acima da média estadual (26,1% por 100.000 habitantes), sendo que, a média nacional representa 27,0% por 100.000 habitantes, demonstrando a elevada taxa de mortalidade por agressão na região.

No que se refere a faixa etária, os registros do NEV-USP (2010) apontam que, entre jovens de 15 a 19 anos, a taxa de mortalidade chega a 27,5% em um universo de 100.000 habitantes, sendo superior a taxa estadual que é de aproximadamente 23%. Já na faixa entre 20 e 29 anos de idade, a taxa média chega a 30%, portanto, superior a taxa estadual, cuja média é de 25% por 100.000 habitantes.

Os dados denotam um alto índice de mortalidade por agressão na Região do Grande ABCDMRR/SP, demonstrando que a violência urbana se apresenta cada vez mais presente nas cidades, sendo comumente exaltado pela mídia como um mal que adoece a sociedade contemporânea.

Violência urbana: alguns conceitos

No que se refere as diversas formas de violência, Fedri (2014) discute que podemos elencar diversas formas como: a violência doméstica, sexual, física e psicológica, mas, além destas, o autor aponta a violência sócio-estrutural, por arma de fogo, por arma branca, e ainda, negligência, abandono, violência contra a vida e contra a dignidade humana, contra o patrimônio, de gênero, proferida por agentes do Estado, por grupos de extermínio ou ainda por interesses das classes dominantes.

Para a compreensão do conceito de violência urbana, especificamente, recorre-se a definição apresentada por Weyrauch (2011), ao afirmar que este tipo de violência se manifesta de forma diversas, tanto no plano individual quanto no coletivo, a depender da natureza do espaço, podendo ser público ou privado; da forma como se produz, da urbanização, mas principalmente, depende do nível de privação da população no sentido da sobrevivência e dos direitos sociais (Weyrauch, 2011, p. 3).

A partir das considerações de Weyrauch (2011), é possível ponderar sobre a diversidade nas manifestações da violência na sociedade contemporânea, em uma perspectiva individual e coletiva, em estreita relação com a desigualdade social, considerando o meio urbanístico como palco dos processos nos quais, acontece essa desigualdade, além de seus meios de produção, ocasionando uma má distribuição de renda e seus desdobramentos, como explica a autora.

Assim, é possível pensar que a cidade é palco da violência urbana e as pessoas, seriam os protagonistas desse grande enredo, ou seja, pensar a violência é estar diante um fenômeno social e histórico, como argumenta Weyrauch (2011) e com dimensão no público, deixando marcas indelévels na sociedade (Evangelista, 2015).

Luto: aspectos psicológicos

O luto é uma reação natural que faz parte do processo de desenvolvimento humano e é comum a todas as pessoas quando diante de uma perda real ou fantasiosa. Freud (2010 [1917]) discute o conceito de luto como uma reação a perda de alguém significativo, até a perda de algo ocupou esse lugar.

Ao estudar o luto no desenvolvimento, não pode limitar-se a pensar apenas na morte biológica propriamente dita, mas sim, na perda de um objeto diante do qual há um investimento libidinal. Nesse sentido, Nasio (1997) argumenta que não se trata de uma perda qualquer, mas de um ser escolhido e amado com intensidade, eleito por um tipo de escolha narcísica (p. 161). O autor explica que o objeto perdido não é indiferente para o enlutado, mas é um objeto que constituiu consigo uma história e compartilhou experiências, que foi alvo de todo o investimento libidinal do outro.

Sobre esse processo de perda, Kovács (1995), ao referir-se aos estudos de Bowlby (1985) enumera as fases do luto e, apresenta como primeira fase a

descoberta da perda, caracterizando-o com um alto nível de estresse podendo ser acompanhado por expressões emocionais intensas, como descontrole, desespero e raiva, salientando ainda que, essa fase pode durar horas ou até semanas.

A segunda fase surge após a notícia da perda, quando o enlutado busca reestabelecer o processo busca a pessoa perdida. Podemos entender essa fase como uma negação, pois o indivíduo percebe a perda, mas a nega. Há presença de uma ilusão de que tudo faz parte de um sonho, um distanciamento da realidade para se afastar da dor causada pela perda, desencadeando no enlutado sinais de desespero, preocupação, inquietação e insônia.

O momento da desorganização e do desespero é apresentado por Kovács (1995) como características da terceira fase do luto, na qual um desejo de morte comumente é instaurado. Para Bowlby (1985), nessa fase o enlutado não pode reviver o morto, podendo desencadear sintomas depressivos e apatia. A quarta e última fase do processo de enlutamento é marcada pela aceitação e organização, na qual a pessoa consegue conviver com a perda de maneira saudável, passando a perceber a necessidade de reconstruir sua vida.

Silva (2012) destaca que o processo de luto deve ser entendido como algo individual, considerando a história de vida do indivíduo, seu funcionamento psíquico, mecanismos de defesa, entre outros fatores de natureza psíquica. O citado autor afirma que o processo morte e a experiência de luto são experiências pessoais, não existindo um padrão e uma sequência considerada normal de recuperação (p. 189).

Nesse sentido, o processo terapêutico se apresenta como um recurso de extrema importância para o paciente enlutado, apontando a necessidade de refletir sobre o papel do psicólogo nesse contexto. Evangelista (2015) afirma que cabe ao psicólogo ouvir, sustentar, compreender e oferecer apoio para que a pessoa consiga dar continuidade a vida, minimizando em parte a agonia em função da falta da pessoa que foi retirada violentamente do convívio familiar (p.2). O autor enfatiza como sendo transformador o fato do paciente ser ouvido, apontando que a continência e a compreensão são as chaves para o atendimento psicológico do enlutado, entendendo as marcas que esse processo e percebendo as formas desse atravessamento, buscando conviver com a perda de maneira saudável e criativa.

Objetivo

O objetivo do presente estudo foi analisar as fases de desenvolvimento do luto articulando-as a um caso clínico que envolveu um indivíduo adulto em processo de psicoterapia, cuja queixa estava relacionada a um episódio de violência no contexto urbano.

Método

O estudo, de natureza qualitativa, se refere a apresentação de um caso clínico de um homem adulto, Pedro⁴⁵, com 42 anos de idade, que buscou ajuda psicológica e jurídica em função da morte do filho, de 16 anos, durante uma abordagem policial. Os registros do material clínico de oito sessões, ocorridas no período de fevereiro a junho do ano de 2016, foram analisados a partir de uma abordagem psicanalítica que forneceu ancoragem para fomentar a discussão e reflexão do processo de atendimento. Os atendimentos ocorreram quinzenalmente por conta da escala de trabalho do paciente, o que justifica o reduzido número de sessões considerando-se cinco meses de atendimentos e foram realizados por um profissional, integrante do projeto de extensão que atende a vítimas de violência, tendo sido supervisionado semanalmente.

Resultados e Discussão

O paciente buscou atendimento psicológico com a queixa de dificuldades que enfrentava para lidar com a morte violenta de seu filho, na época, com 16 anos, morto em uma abordagem policial, pois o mesmo estava dentro de um carro roubado. Desde o início dos atendimentos Pedro trazia conteúdos ligados a vivência do luto pela perda do filho. Tais relatos expressavam o sofrimento que enfrentava ao lidar com a dor desencadeada pelo episódio e, concomitante a essa angústia, ainda era convocado a responder aos trâmites da justiça, uma vez que, a morte do filho era associada ao roubo de um carro e a uma perseguição policial, caracterizando-se como uma violência urbana e, portanto, atribuindo ao caso a articulação de questões psicológicas e jurídicas.

A imagem fantasiada dos motivos que levaram a morte do filho era constantemente revivenciada nas sessões e o acompanhavam em seu dia a dia. Segundo o relato do próprio paciente, seu filho foi morto “*Covardemente em uma*

⁴⁵ Nome fictício para garantir sigilo

abordagem policial” (SIC). O impacto desse acontecimento é revivido constantemente pelo paciente, que relata a extrema angústia que lhe despertam tais imagens. No dia do crime, o mesmo estava trabalhando e recebeu a notícia somente no dia seguinte do ocorrido, sendo que, ao chegar ao local do crime, o corpo já havia sido removido.

Os relatos do paciente traduzem um intenso sofrimento e angústia, dada a perda do filho de maneira inesperada, vítima de violência. Nesse sentido, Fedri (2014) afirma que as vítimas indiretas de violência, como nesse caso, sofrem marcas impossíveis de apagar, somados aos sentimentos intensos que o paciente pode vivenciar. Da mesma forma, como descreve Bowlby (1985), sentimentos como raiva e desespero e podem persistir por muito tempo, sendo que tais apontamentos parecem dar sentido aos sentimentos apresentados pelo paciente, extremamente angustiado e aflito

Inicialmente, ao receber a notícia da morte do filho, segundo próprio relato, ficou atônito, sem expressar nenhuma reação diante a notícia, Kubler-Ross (1994), identifica esse processo vivenciado pelo paciente como a primeira fase do luto, compreendida como negação e isolamento, sendo que para a autora é característico nesse estágio a negação como recurso do ego, para lidar momentaneamente com a dolorosa situação, é a recusa em aceitar a perda significativa. Kubler-Ross (1994), esclarece que a negação pode, reincidir sobre a pessoa, caso, emocionalmente, em dado momento não suporte a perda.

Ressalta-se que o paciente responde judicialmente à morte, pois existem questões jurídicas que atravessam o caso, o que mesmo assim, não possibilita o princípio de realidade no paciente, que ainda lida de maneira a negar a morte do menino, haja vista, os relatos que apontam ideias suicidas, que não concretizadas, como forma de alívio passou a frequentar diariamente o túmulo do filho durante um ano. Pode-se pensar que Pedro ainda faz uso da fantasia como recurso do ego para lidar com o sofrimento, podendo, estar assim, frequentando o cemitério, como forma de estar perto do que pode ser considerado o corpo, mesmo que morto, do filho.

De acordo com Anna Freud (1982 [1946]) a fantasia é um mecanismo como uma espécie de vivência mental, que o indivíduo vivencia uma nova história, diferente daquela que vive na realidade, na qual seus desejos não são satisfeitos. Tais ideias, inferem uma possibilidade das idas continuas ao cemitério, haja vista, que durante esse período, os sentimentos de perda ainda lhe eram recorrentes, contudo, frequentar o cemitério lhe trazia certo alívio momentâneo. Nesse caso, parece que o

paciente ainda esteve estagnado na fase de negação do luto, acompanhada pelo isolamento, esperado conforme as fases mencionadas por Kbler-Ross (1994), reforçado na seguinte fala, de um dos dias no cemitério: *“perguntava por que ele se foi e quando ele ia voltar”* (sic).

Tal consideração supra citada, sob a perspectiva Freudiana (2010 [1915]), explica-se pelo processo de obtenção de prazer imediato, entretanto, o ego envolto nas lembranças vinculadas ao objeto, logo, traz satisfação, prolongando a existência do objeto perdido, entretanto, esta oposição ocasiona um desvio da realidade e um apego ao objeto perdido. Por fim, o paciente teve acesso aos laudos periciais e, com isso, a ânsia por justiça foi tomando forma, pois observou a presença de muitas falhas no processo judicial, com informações contraditórias e dúbias. Motivou-se na busca por esclarecimentos e, com muito custo, conseguiu o laudo pericial e teve conhecimento do conteúdo processual. Nesse momento, parece que Pedro começa a ligar-se aos princípios de realidade, tomado pela dor, compreendida aqui como raiva da situação que vivencia, explicado na segunda fase do luto, conforme esclarece Kbler-Ross (1994).

A referida autora esclarece que o segundo tempo do luto é o da raiva, momento esse que diante da impossibilidade de negar a perda real, nota-se nesse momento, que o trâmite legal vivenciado, que possivelmente o desperta para o contato com a realidade, o indivíduo passa da negação para a raiva, que de acordo com Kbler-Ross (1994) pode ser acompanhada por ressentimento, inveja e revolta. Possivelmente, foi nesse momento, de raiva, que a autora esclarece como o grande questionamento é *“Por que eu?”* que motivou o paciente na busca de *“uma verdade”*. Assim sendo, potencialmente para alívio de sua raiva, estava projetando nos atravessamentos jurídicos o que lhe causava dor, engajando-se a busca de detalhes pela morte do filho.

A continuidade do processo de luto de Pedro se centra na busca incansável por respostas, que pode ser entendido como uma forma de recuperar o objeto perdido, bem como indica que, assim atribui ao filho a simbologia do objeto perdido, conforme esclarece Klein (1982 [1940]), uma vez que a autora postula, que o luto não se refere apenas a uma perda objetual real, mas também simbólica, pois, remete-se ao tempo que o bebê e seu ego primitivo ataca os maus objetos, que lhe aparecem cindidos, que no decorrer do desenvolvimento, uma vez que esses objetos são integrados, volta-se a necessidade de recuperar aquele objeto mau que foi atacado, que agora é percebido como uno. É como se mundo interno buscasse

a organização e reencontro desses objetos destruídos, simbolicamente, nesse caso, o filho.

Aos poucos, o trabalho do paciente passou a ser um lugar de compensação do sofrimento psíquico desencadeado pela situação de luto. O paciente, a partir de então, passou a cumprir uma carga horária de 12 horas diárias, com apenas uma folga por semana, com a justificativa que precisa trabalhar para sustentar sua neta, filha do filho morto.

Em umas das sessões, ao tratar do excesso de trabalho, elucidou: *“eu não vivo, sobrevivo”* (SIC), diante do qual foi possível observar a ausência de prazer em seu dia a dia, ocupado exclusivamente do trabalho e afastando-o da angústia e do sofrimento, no qual o paciente vive simplesmente por viver, sem direcionamento.

Pedro passa a dedicar-se com afinco ao trabalho, esclarece que é uma busca de recursos financeiros para ajudar a neta, que passa a ser o foco de seus objetivos na vida. Nesse momento, pode-se pensar, que o paciente, passa a dar forma a um novo objeto de investimento. Para Freud (2010 [1917]) este momento representa o lento processo do luto, que gradualmente, possibilita o ego liberar a sua libido para outro objeto, o que nesse momento parece psiquicamente mais saudável.

Os atendimentos continuam, permeados por questionamentos diante dos fatos, e este permaneceu refutando a veracidade do ocorrido, desencadeando fantasias sobre a real inocência do filho. Sobre esse aspecto, Fedri (2014) comenta a respeito da importância de se compreender os qualificadores da morte em relação a vivência do luto, afirmando que, *“as circunstâncias do crime, isto é, seus qualificadores tendem a influenciar na maneira pela qual a morte e o luto serão concebido”* (p.29). Dessa maneira, podem-se pensar os motivos pelos quais, tais questionamentos ocorrem por parte do paciente: *“Será que meu filho tinha culpa? Porque ele entrou no carro?”*(sic). *De certa forma, pode-se pensar, que Pedro passa a buscar sentido a morte do filho, questiona-se.*

As incertezas trazem à tona questionamentos referente a veracidade dos fatos, que permitem dar dois segmentos, o de achar uma resposta, real e objetiva, que incorpore princípios de realidade, que não garantem alívio do sofrimento psíquico, por outro lado, trata-se ainda da perda e dos objetos simbólicos e o que psiquicamente mobiliza o paciente. Pode ser, que o filho morto ocupe o lugar simbólico dos objetos internos destruídos e que ele almeja reparar. Para Freud (2010 [1917]) trata-se da ambivalência nas relações amorosas que podem ser

despertadas no processo do luto.

Klein (1982 [1940]) determina que os objetos de amor introjetados, aqueles que constituem a realidade psíquica do indivíduo, podem se desestruturar, no momento que o indivíduo vivencia um luto, pois, revivencia-se a perda dos objetos bons, sendo predominado pelos objetos maus, logo, as ansiedades da posição depressiva, tais como culpa, sentimentos de perda do desmame, alguns sentimentos de perseguição, ou seja, quando ocorre a perda real, em sua fantasia, o indivíduo acredita que seu mundo interno foi destruído. E nesse caso, parece apontar o que vivencia o paciente, parece ainda com os recursos egóicos pouco fortalecidos para lidar com sua perda real, ou seja, a do filho, para superar as perdas de sua realidade psíquica e seus próprios objetos.

Conclusão

O processo terapêutico ainda se encontra em andamento e percebe-se que Pedro ao entrar em contato com seu sofrimento, com as angústias advindas da perda, constantemente tenta evitá-las. Provavelmente, evitar falar da dor, ainda indique o distanciamento que o paciente quer tomar, a forma considera mais segura e psiquicamente suportável para si. Evidenciam-se as tentativas do paciente, haja vista o engajamento com as sessões, parece assim que o espaço que lhe é ofertado, configura um espaço seguro no qual é possível expor seus sentimentos em relação à perda de seu filho, mas nesse momento, que apesar de dar certa continência, ainda não faz-se suficiente para finalizar o processo do luto, que compreende a aceitação. O paciente parece demonstrar vias que lhe possibilitem essa aceitação, entretanto, o caminho ainda lhe é atravessado pelo sofrimento avassalador da perda de um filho, ou seja, o trabalho analítico nesse caso, ainda se faz imprescindível, como forma abarcar esse sofrimento, possibilitando a elaboração.

Referências

Freud, Anna. (1982). *O ego e os mecanismos de defesa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (Original de 1946).

Evangelista, R. et al. (2015). *A dor de mãe: metade amputada de mim*. 2015, São Paulo. Disponível em: < www.psicologia.pt/artigos/ver_artigos_licenciatura.php?dor-de-mae-metade-amputada-de-mim&codigo=TL0391> . Acessado em 24 de outubro de 2016

Fedri, B. C. (2014). *Dor de mãe: lutos possíveis e (im)possíveis das vítimas de violência urbana*. 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP, São Paulo.

Freud, S. (2010). Luto e melancolia. In:_____. *Introdução ao Narcisismo. Ensaio da Metapsicologia e outros textos* (1914-1916). Tradução e Notas Paulo Cesar de Souza. São Paulo: Cia das Letras, 2010. (Original de 1915-1917).

Nasio, J.S. (1996). *O livro da dor e do amor*. Rio de Janeiro: Zahar.

Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo (2010). NEV-USP. <http://nevusp.org/>. Acessado em 26 de jun de 2016.

Kbler-Ross, E. (1994). *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes.

Klein, M. (1981). O luto e suas relações com os estados maníaco depressivos. In: _____. *Contribuições à psicanálise*. São Paulo: Mestre Jou. (original de 1940).

Kovács, M. J. (1992). (Coord.) *Morte e Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Silva, H. S. da, et al. (2012). A Representação da Morte e do Luto no Ciclo de Vida. *Revista Temática Kairós Gerontologia*.15(4), São Paulo, 2012, pp 185-206.

Weyrauch, C. S. (2011). Violência Urbana. *Revista Dimensões*. Rio de Janeiro. v.27, pp 2-22

CAMINHOS PARA A INTERDISCIPLINARIEDADE NO ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL

Hilda Rosa Capelão Avoglia⁴⁶

Jader Ramos Júnior⁴⁷

Patricia Fernandes²

Resumo

Ao tratar a violência como um significativo fenômeno social de elevada ocorrência na contemporaneidade, é possível identificar a necessidade de intervenções multi e interdisciplinares diante dessas demandas. Assim, este estudo teve como objetivo buscar alternativas terapêuticas interdisciplinares, envolvendo a Psicologia e a Terapia Ocupacional no atendimento à violência em um ambulatório da área saúde mental especializado no tratamento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica na região da Grande São Paulo. Trata-se de um relato de experiência clínica institucional com base na descrição das funções dos profissionais envolvidos, bem como na estratégia de atuação conjunta. Os resultados indicaram que esta prática permitiu considerar que o trabalho desenvolvido necessita de discussões de natureza interdisciplinar, uma vez que, deste modo, amplia-se a compreensão destas crianças de maneira integral e, portanto mais favorável ao seu desenvolvimento. Foi também identificada, a possibilidade da utilização de atividades terapêuticas que contemplassem as peculiaridades das áreas profissionais da Psicologia e Terapia Ocupacional, nas quais foram integrados métodos e análises que permitiram a ressignificação dos fenômenos ocorridos, entre eles da violência, permitindo o desenvolvimento do vínculo, assim como, a promoção a saúde e a garantia de direitos das crianças e adolescentes atendidas.

Palavras-chave: Violência Doméstica; Psicologia; Terapia Ocupacional, Interdisciplinariedade.

Introdução

⁴⁶ Professora Doutora da Universidade Metodista de São Paulo - hilda.avoglia@metodista.br

⁴⁷ Ambulatório de Tratamento de Violência da Unidade da Saúde da Criança e do Adolescente Amabili Moretto Furlan- jader.ramos.junior@hotmail.com e pafer76@yahoo.com.br

O fenômeno de violência doméstica infantil no Brasil é considerado extenso, grave, desigual e endêmico, apontando necessidade de reflexões, planejamentos e intervenções, não apenas dos psicólogos, mas também de uma gama de profissionais das áreas da saúde, direito, educação, entre outras. A conceituação de violência doméstica contra crianças e adolescentes é complexa, e por vezes, contraditórias, podendo chegar a desvirtuar a amplitude do fenômeno (Pinto Júnior, 2001). Nesse sentido, a conceituação de violência doméstica contra crianças e adolescentes apresentada por Azevedo e Guerra (1998) se mostra pertinente a finalidade deste estudo.

“Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e adolescente que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica de um lado numa transgressão do poder/dever de proteção do adulto, e de outro, numa coisificação da infância, isto é, numa negação do direito que crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar do desenvolvimento” (Azevedo; Guerra, 1998, p. 177).

A notificação das situações de violência doméstica infantil é considerada de suma importância, por visar à garantia dos direitos de crianças e adolescentes, sendo assim, um dever enquanto cidadão profissional, previsto no Código Penal Brasileiro (1940) e no Artigo 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990).

Os atendimentos especializados a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica são realizados nas áreas da assistência básica, promoção a saúde, assistência social, saúde mental, dentro outras. Neste estudo, nos atentaremos aos atendimentos na área da Saúde Mental. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2001), saúde mental é conspirado quando o indivíduo possui um estado de bem-estar, em que possui capacidade de desenvolver suas próprias habilidades, bem como, conseguir recuperar-se diante do estresse cotidiano, ser produtivo e ter contribuição com a comunidade que esta inserido.

As instituições ligadas aos serviços na área da saúde mental, além de atenderem pessoas com transtornos mentais, acolhem usuários de substâncias psicoativas e estão espalhados pelo país, modificando a estrutura da assistência à saúde mental. Esses espaços vêm substituindo progressivamente o modelo hospitalocêntrico e manicomial, de características excludentes, opressivas e reducionistas. Na tentativa de construir um

sistema de assistência orientado pelos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo eles universalidade, equidade e integralidade, esta forma de atendimento é fruto de um longo processo de luta social que culminou com a Reforma Psiquiátrica, em 2001, na qual sua principal bandeira está na mudança do modelo de tratamento, saindo lugar do isolamento para o convívio com a família e a comunidade, como explica Bezerra Júnior (2007).

Na área da saúde mental, os atendimentos podem ocorrer em equipes de natureza multidisciplinar ou interdisciplinar. Nesse caso, a equipe multidisciplinar é aquela que conta com diversos profissionais, sendo que os mesmos trabalham isoladamente em suas disciplinas. Esta equipe conta com recursos provenientes de várias disciplinas para cumprir um trabalho determinado. O objetivo da equipe multidisciplinar, como afirma Vasconcelos (2002), é solucionar um problema que demanda informações de especialidades ou setores do conhecimento em âmbitos mais restritos.

Ainda para o mesmo autor, a interdisciplinariedade é entendida como uma questão estrutural que promove a horizontalização das relações de poder entre as disciplinas que estão enredadas em um mesmo objeto de estudo, o que significa, também, em uma equipe interdisciplinar a necessidade de uma reciprocidade e enriquecimento mútuo. A equipe multidisciplinar consiste em uma equipe que conta com diversos profissionais, o que não é característica específica dessa equipe, com a contrapartida de que os mesmos trabalham isoladamente em suas disciplinas, sendo essa característica o que a diferencia (Vasconcelos, 2002).

Descrição das funções das atividades específicas dos profissionais da Psicologia e Terapia Ocupacional neste relato de experiência

Ao tratar especificamente do atendimento psicológico é necessária a utilização de conhecimentos éticos e técnicos, visando à avaliação e intervenção na dinâmica psíquica do paciente, bem como, de sua dinâmica familiar. Os atendimentos psicológicos tem como finalidade permitir a expressão dos sentimentos e dos significados das vivências. Tratando-se de uma população em situação de vulnerabilidade social, faz-se necessário o cuidado para garantir os direitos da criança e do adolescente estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990).

Diante deste contexto, os procedimentos psicológicos utilizados são a Entrevista de *Anamnese* com os responsáveis (podendo ser desde genitores, progenitores, outros

familiares, guardiões ou responsáveis técnicos em situações de crianças e adolescentes acolhidas institucionalmente), entrevistas com as crianças, hora de jogo diagnóstica e testes psicológicos.

Cabe ressaltar, que é princípio ético enquanto profissional da Psicologia, segundo as normas técnicas do Conselho Federal de Psicologia (CFP), no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência não revitimizar, ou seja, expor a criança ou adolescente a relatar com detalhes as situações de violência sofridas, o que poderia causar severos danos psicológicos.

Ressalta-se também que é considerada função do profissional da Psicologia, identificar no atendimento psicológico indícios de novas situações de violência à criança, diferentes das quais foram encaminhadas ao serviço, notificar o Conselho Tutelar, visando informar ao órgão responsável para que sejam tomadas medidas legais de proteção. Nesse âmbito, é importante destacar, que esta quebra de sigilo visará proteger a criança e/ou adolescente envolvido em situações de violência (CFP, 2005). Compreende-se também como função do psicólogo, as orientações aos responsáveis, visando orientações de como cuidar das crianças e adolescentes, com objetivo de fazer valer a garantia de direitos, bem como, auxiliar no desenvolvimento biopsicossocial.

O material clínico obtido nos atendimentos psicológicos são analisados a partir da abordagem psicanalítica, visando à análise de aspectos da personalidade, da interação deste sujeito com o meio social, bem como, do suporte social existente ou não, conforme Zimmerman (1999). Ainda na perspectiva da psicoterapia psicanalítica, Caplan (1980) propõe pensar no prognóstico de saúde, buscando aspectos saudáveis da personalidade, a fim de garantir a promoção de saúde.

No foco dos atendimentos específicos da Terapia Ocupacional, são embasados em conhecimentos éticos e técnicos, visando à avaliação e intervenção no contexto da rotina das atividades de vida diária, como no autocuidado, descanso e sono, e ocupacionais da criança, como brincar, lazer e estudos, e na relação com o convívio social, fortalecendo as redes de apoio e proteção. Nestes atendimentos são utilizados instrumentos como as atividades artísticas, o brincar em suas diversas interações lúdicas, o contato com o desenvolvimento de realizações de receitas culinárias e o estímulo a aprendizagem saudável. São utilizadas entrevistas semiestruturadas no processo de *Anamnese* e orientação aos familiares, tendo como objetivo identificar as áreas impactadas pela exposição as situações de violência.

Esta utilização visa ampliar todas as capacidades a partir da experimentação de técnicas, materiais, brinquedos e vivências, podendo promover o despertar do potencial

criativo, propiciando que a criança encontre a própria identidade. A partir disso, o uso da atividade lúdica como recurso terapêutico é avaliado como essencial a este público, uma vez que, esse recurso possibilita a expressão e mediação subjetiva da criança, assim como a construção de vínculo entre os sujeitos, facilitando o manejo de conteúdos psicoemocionais externalizados, a exploração e o aperfeiçoamento de habilidades e potencialidades, e sua produção de vida.

Dentre estes meios em Terapia Ocupacional, no método de Terapia Ocupacional Dinâmica (MTOD), proposto por Benetton (1994) é caracterizado pela observação, elaboração e intervenção sobre a dinâmica que se estabelece entre a realidade externa e a interna, em uma relação composta pelos elementos relacionais da tríade: terapeuta ocupacional – paciente - atividades, na qual, não há uma ordem de relação dos elementos. Neste método, através da imersão do fazer atividades no *setting* terapêutico, objetiva-se que estas possam promover a efetiva inserção social da criança em todas as áreas ocupacionais, e o resgate da qualidade de vida. Para Moraes (2008), as atividades na relação triádica:

As atividades, enquanto instrumento, têm diversos objetivos, dentre eles: a observação, a informação, a análise, a educação, o tratamento, a composição de histórias e a inserção social. Para isso, as atividades são vindas e significadas na relação triádica. E a relação, por sua vez, é sustentada no e pelo fazer atividades (Moraes, 2008, p.31).

Diante das possibilidades e diversidades da expressão humana, são realizadas análises das atividades, muito além dos materiais e ferramentas aplicadas, sendo pensado nas percepções, nas construções e nas relações do paciente consigo mesmo, com suas criações artísticas, com seu desenvolvimento no brincar, com o terapeuta ocupacional e com o mundo. Neste processo percorrido se desenvolve a construção do vínculo, gerado nos encontros e marcado pela relação triádica.

Objetivo

Este estudo tem como objetivo buscar alternativas terapêuticas interdisciplinares, envolvendo a Psicologia e a Terapia Ocupacional no atendimento à violência em um ambulatorio da área saúde mental especializado no tratamento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica na região da Grande São Paulo.

Método

Este estudo se ocupa do relato de uma experiência clínica institucional no caso de uma paciente de 9 anos de idade, atendida pelos profissionais da Psicologia e Terapia

Ocupacional, em atendimentos terapêuticos com duração de 40 minutos, com periodicidade semanal em uma unidade de saúde mental em um ambulatório especializado no atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica no Grande São Paulo.

Apresentação do caso

Valentina^{48*}, 9 anos de idade, gênero feminino, encaminhada para atendimento devido a situações de violência psicológica e negligência sofridas no contexto familiar ao presenciar os genitores em constantes discussões, culminando em situações de violência doméstica contra mulher. São consideradas dificuldades da paciente atenção, concentração, agressividade, impulsividade, seguimento de regras, tolerância à frustração e convivência interpessoal. Tais características diagnósticas foram associadas a dinâmica familiar disfuncional. Cabe considerar, que apresenta histórico familiar de denúncias formalizadas através de Boletim de Ocorrência, com decorrências no âmbito da justiça. Entretanto, nota-se que, mesmo assim, existe um descumprimento das decisões judiciais, cuja finalidade principal era proteger a criança e a mulher.

Análise do material clínico obtido nos atendimentos em Psicoterapia e Terapia Ocupacional

No que tange as análises psicológicas dos atendimentos realizados, foram identificados conteúdos relacionados às figuras parentais fragilizadas e ambíguas, pois eram significadas, ora como agressivas, ora como continentais, dado o tipo de vínculo estabelecido entre os genitores com a filha, bem como, a relação agressiva estabelecida entre o casal.

As situações de violência se mostravam como banalizadas, dada a dinâmica familiar conflituosa. Estas situações foram identificadas através de conteúdos verbalizados na relação com o grupo de psicoterapia, o qual a criança estava realizando tratamento psicológico.

^{48*} nome fictício a fim de preservar o sigilo da paciente, sendo a escolha devido a etimologia latina do nome fazer referência a “valente, forte, vigoroso e com saúde”. Esta é a compreensão da paciente atendida, assim como, as crianças e adolescentes que sofrem violência doméstica e visam superar o sofrimento vivido e, por vezes, banalizado.

O caso nos permite observar a reprodução das situações de violência nas quais a criança estava inserida, em especial nas experiências dos atendimentos em grupo, manifestando uma significativa identificação com o agressor. Com o desenvolvimento das sessões, houveram episódios nos quais a criança denotou, de certa forma, a superação destas situações, e apresentou comportamentos mais integrados, conseguindo estabelecer diálogo, expressar sentimentos, ter comportamento empático e estabelecer vínculo afetivo. Sobre as expressões de sentimentos, pode-se perceber que Valentina, demonstra dificuldade em expressar afetividade, enquanto que em outras situações demonstra carência afetiva. O autocuidado da paciente ainda demonstra fragilidade, sendo este interpretado possivelmente como uma identificação com o agressor, bem como, uma negação aos cuidados típicos da figura materna, sendo o autocuidado, apesar das intervenções terapêuticas, ainda mantido como autocuidado não preservado.

Foram identificados conteúdos infantilizados em Valentina, tais como chupar o dedo, falar de maneira parecida com bebê e solicitar constantemente auxílio. Esses comportamentos podem ser considerados como inadequados tendo como base sua faixa etária.

As atividades lúdicas foram propostas nos encontros em Terapia Ocupacional, adequadas à faixa etária, envolveram, de um modo geral, as brincadeiras, os jogos e os brinquedos, o faz de conta, a dramatização e contação de história. Esses recursos, cujo objetivo central foi proporcionar o brincar, desencadearam a ação pela qual Valentina representou suas vivências de maneira infantilizada, o que foi considerado como inadequado para a faixa etária, possivelmente por encontra-se ainda regredida em termos de desenvolvimento. Também demonstrou experiências significativas, estruturou a realidade externa e interna e tomou consciência de si como ser atuante no mundo, resgatando momentos esquecidos mediante a desestrutura da dinâmica familiar vivenciada. Nesse contexto, ressalta-se a importância da mais adequação das funções sensoriais, motoras, cognitivas, afetivas e sociais.

Entretanto, é relevante informar que, para a eficácia destas atividades, foi preciso prioritariamente estabelecer um vínculo com a criança, no intuito de fazer com que a mesma se sentisse acolhida e, desta forma, pudesse exteriorizar seus sentimentos de maneira livre e espontânea.

Atrelando a estas atividades, foram propostas a ampliação do repertório de recursos, apresentando atividades artísticas plásticas e teatrais, possibilitando novas formas de expressões de seus desejos, de criatividade e a busca de equilíbrio emocional diante

dos momentos de agressividade; considerando-se que, inicialmente, representou-os por meio de recursos gráficos mais confusos, com uso de cores fortes e gradativamente se permitindo expressões mais organizadas e cores mais brandas. Ainda podemos destacar que, o trabalho foi incentivando a busca da troca de presentes com suas criações artísticas fortalecendo as relações de afeto e buscando a melhoria da sua autoestima também.

Durante os encontros foi surgindo a possibilidade de realizações de receitas culinárias na cozinha que fazia parte da estrutura física da unidade. Nesse espaço, os momentos foram mudando de “não sei fazer” substituído por “deixa eu fazer”; acompanhados da melhora no nível de atenção e concentração com estímulos verbais positivos; uma redução das interações agressivas; melhora da expressão e comunicação; mudanças na organização de uma vida cotidiana mais saudável. Assim, os terapeutas buscaram que Valentina lidasse com seus conflitos rotineiros; buscando serem adequadamente solucionados, em uma convivência que contribuísse com o resgate de qualidade no cotidiano; ampliando estes momentos culinários vivenciados no *setting* com sua família.

No andamento do processo foram realizadas atividades a fim de desenvolver a percepção do autocuidado, porém, a criança demonstrou, pelo menos até o momento, manter esse aspecto ainda não preservado, apesar das intervenções terapêuticas realizadas.

Aspectos (in)comuns na prática terapêutica

Considera-se como aspecto comum das práticas terapêuticas a capacidade de Valentina em estabelecer vínculos afetivos com os terapeutas, o que é considerado como aspecto saudável para o desenvolvimento da mesma. Também foi identificada como aspecto comum a conduta da agressividade representada por meio das atividades lúdicas desenvolvidas com ambos os profissionais envolvido no caso.

Entretanto, em relação ao aspecto incomum da prática terapêutica, para o profissional da Psicologia é possível clarificar com a própria criança que esta agressividade é devido a disfunção familiar devido as frequentes associações entre a agressividade e as figuras parentais, enquanto que a profissional da Terapia Ocupacional visa gerar esta percepção de Valentina, porém, a criança não interpreta este conflito.

É considerado que existe em comum nas intervenções terapêuticas, a dificuldade em desenvolver o autocuidado com Valentina, pois a mesma se apresenta resistente em perceber a necessidade de higiene e organização, sendo esta dificuldade interpretada por ambos os profissionais como uma autoimagem associada ao descuido, não permitindo estes cuidados nem mesmo pelos profissionais.

Nota-se que em ambas as terapias, Valentina apresenta comportamentos infantilizados, buscando de alguma maneira se manter em uma faixa etária aquém de sua idade cronológica, o que foi interpretado como uma fixação a uma fase do desenvolvimento, possivelmente como uma forma encontrada para sentir-se aceita pela equipe.

Considerações finais

Este relato de experiência permitiu articular a prática terapêutica dos profissionais da Psicologia e Terapia Ocupacional, favorecendo a compreensão das funções, das práticas, do embasamento ético e teórico, bem como, da identificação dos aspectos comuns, os quais foram considerados mais frequentes, do que os aspectos incomuns.

A prática interdisciplinar norteou esta experiência. Diante dela, considera-se que favorece uma compreensão da criança de maneira integral, visando percebê-la pela ótica da totalidade, e não da separação dele entre sua condição psicológica e a atuação no contexto de vida. Esta articulação corre o risco de não ser possível de acontecer, caso o atendimento ocorra separadamente, permitindo a revivência das experiências similares em dois atendimentos separados.

O atendimento na perspectiva interdisciplinar é inserido em um plano de trabalho como uma alternativa de intervenção, uma vez que conta com a articulação de diversos olhares frente à uma mesma questão, possibilitando uma busca mútua, com o fim de esclarecer os problemas novos e ocultos relativos ao serviço prestado, como aponta Vasconcelos (2002).

O estudo foi considerado como promissor, uma vez que a realização dos atendimentos interdisciplinarmente, permitiu que as óticas destes profissionais apontassem aspectos biopsicossociais desta e de várias outras crianças e adolescentes atendidas na referida unidade de saúde. Considera-se que, ambos os profissionais, podem pensar sobre as hipóteses diagnósticas dos pacientes, porém pensar interdisciplinarmente, para além do processo de adoecimento, visando ao desenvolvimento de aspectos saudáveis, garantindo assim, a efetivação de práticas

integrais de garantia de direitos, promoção a saúde e superação das situações de violência.

Referências

Azevedo.M. A.; Guerra, V. N. (1998). A. *Infância e violência fatal em família*. São Paulo, Iglu.

Benetton, M. J. (1994). *A Terapia Ocupacional como instrumento nas ações de Saúde Mental*. Tese Doutorado UNICAMP. Campinas, UNICAMP.

Bezerra J, B. (2007). Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. IN: *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(2), p. 243-250.

Brasil. Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o *Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. [lei na Internet]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm [Acesso em 05 nov 2016].

Caplan, G. (1980). *Princípios preventivos*. Rio de Janeiro, Zahar.

Conselho Federal de Psicologia. Resolução CFP nº 010 de 21 de julho de 2005. Dispõe sobre o *Código de Ética dos Profissionais da Psicologia*[resolução na internet]. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica- psicologia.pdf> [Acesso em 03 nov 2015].

Código Penal Brasileiro. 07 de dezembro de 1940. Disponível em: <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91614/codigo-penal-decreto-lei-2848-40#art-136> [Acesso em 03 de nov 2016]. Vasconcelos, E. M (2002). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis, Vozes.

Moraes, G. C. (2008). Atividades: uma compreensão dentro da relação triádica. *Revista CETO*, São Paulo, v. 11, n. 11, p. 30-35.

Organização Mundial da Saúde (2001). Relatório sobre Saúde Mental no mundo – *Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Disponível em: <http://www.abebe.org.br/wp-content/uploads/oms2001.pdf> Acesso em 03 de nov 2016].

Pinto Júnior, A. A. (2001). O trabalho com crianças vítimas de violência sexual doméstica. Promovendo a resiliência. *Temas sobre Desenvolvimento*, v. 56, n 10, p. 40- 46.

Vasconcelos, E. M (2002). *Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa*. Petrópolis, Vozes.

Zimerman, D. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria,técnica e critica*. Porto Alegre: Artmed.

VIOLÊNCIA DE GÊNERO E O PAPEL DO HOMEM: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Monica da Silva Lira⁴⁹

João Roberto de Souza-Silva⁵⁰

Resumo

A violência contra a mulher no contexto conjugal vem se apresentando como um dos mais complexos problemas de saúde pública. O presente estudo visa refletir sobre a violência de gênero e o papel do homem. A violência doméstica causa um intenso sofrimento em todos os membros da família, mas principalmente na mulher, sendo de máxima necessidade a tomada de medidas que possam diminuir a incidência e a manutenção delas nesta situação, de tal forma que muitas mulheres, como vítimas não consideram o homem e a relação que se estabelecem entre eles como um dos fatores promotores da violência. A violência conjugal contra a mulher é fruto de fatores históricos, sociais, culturais, econômicos e psicológicos, o que torna sua erradicação uma tarefa complexa e delicada. Apesar dos avanços, como é o caso da Lei Maria da Penha, muito ainda resta por fazer, e com o intuito de contribuir com a redução das situações de violência de gênero é que se faz premente uma análise crítica das atuais propostas de ação, traçando uma nova perspectiva de trabalho com enfoque na população masculina.

Palavras-chaves: Violência de gênero, violência doméstica, intervenção, empoderamento.

Tema

A violência contra a mulher no contexto conjugal vem se apresentando como um dos mais complexos problemas de saúde pública. (OMS 2002). O presente estudo visa discutir a violência de gênero e o papel do homem em situação de violência na atual conjectura social brasileira, para isso foi realizada uma revisão bibliográfica não

⁴⁹ Psicóloga, Pós-Graduada em Psicologia Judiciária - PUC-SP. E-mail: lirapsico@gmail.com

⁵⁰ Psicólogo, Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento – UPM

sistemática por meio dos seguintes descritores nas bases de dados anexadas: violência, mulher e agressores. Além disso livros sobre o tema, também foram usados para o aporte teórico.

Introdução

A violência sempre foi uma forma das pessoas se relacionarem para oprimir, dominar e subjugar o outro sobre quem tal ato era exercido, assim como para alcançar determinado fim (Santos e More, 2011).

A violência se manifesta de diversas maneiras, em guerras, torturas, conflitos étnico-religiosos, preconceito, assassinato, fome, entre outras. Pode ser identificada como violência contra a mulher, a criança e o idoso, violência sexual, violência urbana, e tantas outras formas que ferem os direitos humanos. Existe também a violência verbal, que causa danos morais, que muitas vezes são mais permanentes que os danos físicos. (Everdone, 2014)

A violência é uma questão social e, portanto, não é objeto próprio de nenhum setor específico. Segundo Minayo (2004), ela se torna um tema mais ligado à saúde por estar associada à qualidade de vida; pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares e também, pela concepção ampliada do conceito de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS 2002), saúde seria o completo bem – estar físico, mental, social e espiritual dos indivíduos.

A violência parece estar ligada à criminalidade e ser usada para expressar o que ocorre no espaço público, quando é cometida por desconhecidos. Quando os problemas ocorrem entre conhecidos não são intitulados como violência. O termo em questão também indica a gravidade da situação, o que, culturalmente, parece significar que a violência doméstica, embora severa, não seja representada como tal. Dentre os tipos de violência, a do tipo sexual parece ser a mais associada ao conceito de violência. (Sacramento e Rezende, 2006)

Nas últimas décadas o tema da violência tornou-se um vasto campo de estudos de diversas disciplinas, sendo abordado por diferentes vertentes analíticas. Araújo (2002) apresenta um conceito de violência elaborado por Chauí (1985) que a encara não como uma violação de normas, regras e leis, mas como “conversão de uma diferença e

de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade, com fins de dominação, de exploração e opressão” e como “a ação que trata um ser humano não como sujeito, mas como coisa” (Chauí, 1985, p. 4). É possível, portanto, pensar a violência de gênero a partir desse entendimento que inclui a ideia de assimetria e desigualdade, em uma relação que “coisifica” o outro.

De acordo com Ribeiro (2004), pode-se considerar violento aquilo que extrapola os limites de cada um, invadindo e desestruturando sua subjetividade. Quando se trata de violência doméstica, isso significa que essa invasão é vivenciada, muitas vezes, com alguém que tem um lugar de referência para aquele que sofre a situação, o que faz com que no desenrolar desse processo se misturem sentimentos contraditórios de amor e ódio. A própria Lei Maria da Penha, traz em seu texto muitas contribuições do que foi elaborado academicamente a esse respeito – incluindo, por exemplo, os conceitos de violência doméstica e de sofrimento psicológico.

Como termo genérico usado para referir à situação experimentada pelas mulheres quer remeter também a uma construção de gênero, isto é, se por um lado este termo evidencia uma dada ocorrência sobre as mulheres, também quer significar a diferença de estatuto social da condição feminina. Esta diferença faz com que situações de violência experimentadas pelas mulheres, especialmente a violência que se dá por agressores conhecidos, próximos e de relacionamento íntimo, sejam vistas como experiências de vida usuais.

Um dos intensos debates dessa área centrava-se na Lei dos Juizados Especiais Criminais (Lei 9.099/95 Brasil 1995), que julga e processa infrações de “menor potencial ofensivo”, na qual a violência contra a mulher geralmente era enquadrada (excluindo homicídios e lesões corporais graves). A possibilidade dos homens autores de violência julgados pela Lei 9.099/95 (Brasil 1995), terem sua pena convertida em penas alternativas e, principalmente, a maneira como estava ocorrendo (geralmente sob a forma de pagamento de cestas básicas), era criticada pela maioria dos setores que lidam com a violência contra a mulher.

Como a legislação não especificava em nenhum lugar que tipo de pena alternativa devia ser indicada, e por se acreditar que a prisão não seja a melhor solução para boa parte dos casos, o atendimento psicossocial desses homens passou a ser considerada uma alternativa viável e positiva. (Suzana Caldas Padilha, 2015). Foi a partir dessas

críticas à Lei 9.099/95, em novembro de 2004, o Poder Executivo submeteu à apreciação do Congresso Nacional o Projeto de Lei n.º 4.559/04. Este projeto cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §8º do art. 226 da Constituição Federal e dos tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; cria os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e estabelece as medidas para a prevenção, assistência e proteção às mulheres em situação de violência. Nas disposições finais (Título VI), artigo 37, o projeto de lei destacava que o Estado Brasileiro deveria criar e promover, entre outras coisas, centros de educação e de reabilitação para os homens em situação de violência. Brasil (2004)

Finalmente, em agosto de 2006, foi sancionada a Lei 11.340/2006, que popularmente passou a ser conhecida como Lei Maria da Penha. Esta nova lei altera o Código Penal Brasileiro triplicando a pena para agressões domésticas contra mulheres e, em consequência, aumentando os mecanismos de proteção às vítimas. Brasil (2006). Possibilita que agressores sejam presos em flagrante e extingue penas alternativas. Medidas preventivas para proteger a mulher em situação de agressão também estão previstas nesta lei, tais como: a saída do agressor da casa, a proteção dos filhos e o direito da mulher de reaver bens e também de cancelar procurações feitas no nome do agressor. Outro avanço é que a violência psicológica também passa a ser considerada juridicamente como violência doméstica e emocional.

DESENVOLVIMENTO DO TEMA

No Brasil, desde os anos 80 alguns estudos vêm abordando a questão da violência doméstica e conjugal, sendo que grande parte destes foram influenciados pelo movimento das mulheres. A ideia de atender homens autores de violência contra mulheres baseia-se na aposta de que o sujeito possa reconhecer sua dificuldade e criar instrumentos para lidar com ela, abrindo-se assim, o espaço para que o sujeito se exerça enquanto tal. Essa postura não desobriga os profissionais envolvidos de construir estratégias para que esse sujeito possa aparecer (Oliveira, 2005). Busca-se o engajamento da população masculina na promoção da equidade de gênero e nas ações pelo fim da violência de homens contra as mulheres. Trabalhar com pessoas envolvidas em situação de violência, principalmente ao se abordar a perspectiva do autor de agressão, exige do profissional uma investigação atenta quanto à intencionalidade e à motivação do ato praticado, quanto ao dano consequente do ato,

quanto à percepção que o autor tem do resultado dessa violência, e se de fato, o autor vê sua ação como violenta (Lima, 2004).

A violência doméstica também reflete a natureza das relações estabelecidas pelo casal, pois o conflito familiar se estrutura gradativamente a partir das experiências relacionais. Sendo assim, se faz necessário uma compreensão adequada da situação de violência, é preciso levar em conta os significados em torno dessa temática que são prevalentes no grupo cultural de referência dos envolvidos. É pertinente também, que as pessoas envolvidas em situação de violência não sejam fixadas em lugares de “vítima” ou “agressor”, dessa maneira, se cria a chance para que a voz de cada sujeito seja ouvida, bem como, os descolamentos e deslocamentos que essa postura pode proporcionar (Sacramento e Rezende, 2006)

Segundo os Princípios e Diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (MS 2004, p.16), “[...] a literatura vem demonstrando que determinados comportamentos, tanto dos homens quanto das mulheres, baseados nos padrões hegemônicos de masculinidade e feminilidade, são produtores de sofrimento, adoecimento e morte”. Baseados nisto, pode-se dizer que uma das estratégias de enfrentamento é a construção de novas masculinidades e novas feminilidades.

O estudo da OPAS (2004) relata que a pessoa que vive em um contexto violento, que tende à violência, também se encontra em maior risco de sofrer desordens alimentares, alcoolismo, uso de drogas, estresse pós-traumático, depressão, ansiedade, fobias/pânico e baixa auto-estima (Heise, Ellsberg e Gottemoeller, 1999). Assim, não se pode pensar/atuar nesta construção cotidiana e nas suas implicações para a saúde mental e a violência contra a mulher, sem envolver os homens, como aponta Heleieth Saffioti (2004) as pessoas envolvidas na relação violenta devem ter o desejo de mudar. É por esta razão que não se acredita numa mudança radical de uma relação violenta, quando se trabalha exclusivamente com a vítima. Sofrendo estas algumas mudanças, enquanto a outra parte permanece o que sempre foi, mantendo seus habitus, a relação pode inclusive, tornar-se ainda mais violenta. Todos percebem que a vítima precisa de ajuda, mas poucos vêem esta necessidade no agressor. As duas partes precisam de auxílio para promover uma verdadeira transformação da relação violenta.

Segundo Dantas-Berger e Giffin (2005), a maior ocorrência (ou visibilidade) das violências físicas, seguidas pelas violências psicológicas (ameaça, difamação, injúria),

sendo que “A violência sexual, especialmente a coerção e/ou violência sexual praticada por parceiro íntimo no âmbito privado, está pouco evidenciada ou inexistente nas estatísticas disponíveis” (Dantas –Berger e Giffin, 2005, p. 419-420).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema da violência, por si só carrega uma conotação negativa, ao se falar em homem autor de violência contra a mulher, tal olhar se intensifica. Pois, recai o estigma aos sujeitos que cometem violência. Contudo assim como quem foi vitimizado, o autor de violência como a outra parte da situação, também precisa ser visibilizado. Uma vez que, os relacionamentos conjugais implicam numa parceria e a violência muitas vezes, pode, ainda que de uma forma perversa, ser um modo de comunicação entre os parceiros, (Leavitt, 1983; Oates, 1984). A violência doméstica também reflete a natureza das relações estabelecidas pelo casal, pois o conflito familiar se estrutura gradativamente a partir das experiências relacionais.

E é justamente para o enfrentamento da situação de ambas as partes, que se faz necessário programas e/ou serviços de atendimento, seja no viés educativo e/ou terapêutico, é imprescindível que estes sujeitos envolvidos na situação de violência possam ser encaminhados para estas propostas de intervenção. Essa é uma das estratégias centrais para que se caminhe na direção de erradicar a violência ou a reincidência da situação violenta.

Desse modo, se faz necessário pensar o comportamento dos homens envolvidos com a situação de violência a partir de seus contextos de vida, focalizando o processo de socialização que produz conexões entre masculinidade e violência. Essa perspectiva traz a participação da família e da cultura na produção de homens violentos e inclui questões sobre a violência estrutural de gênero, como uma construção social que determina uma relação desigual e opressiva entre as pessoas. Greig (2001) salienta a necessidade de articular as discussões acerca da masculinidade, gênero e violência, a fim de visualizar de forma mais concreta o lugar e a responsabilidade dos homens na violência baseada no gênero.

Convém mencionar que através de políticas públicas as vulnerabilidades enfrentadas pelos programas e/ou serviços de atendimento sejam superadas. Desta maneira, acredita-se que efetivamente projetos em prol da equidade dos atendimentos no enfrentamento da violência se tornem possíveis.

Nessa direção, para que seja efetivo, se faz necessário consolidar o funcionamento de uma rede bem articulada implicada com a demanda da violência e atenta à proteção das vítimas, ações de combate à violência, à promoção e adoção de medidas desta rede em prol da prevenção às situações de risco e da intervenção junto aos homens autores de violência.

Convém salientar que no Brasil, universidades também estão engajadas em pesquisas no enfoque do homem autor de violência, desenvolvendo diferentes atividades voltadas para investigações relacionadas à intervenção e ensino, direcionadas à equidade de gênero em torno de diversas problemáticas: saúde e direitos sexuais e reprodutivos, violência e discriminações de gênero, paternidades e masculinidades, processos de exclusão/inclusão, possibilitando a responsabilização e ruptura do ciclo da violência.

Uma das formas para quebra do ciclo da violência é por meio da educação, cabe ao psicólogo criar espaços juntos aos autores sociais da violência para fomentar discussões sobre direitos humanos, pois as práticas do nosso cotidiano reforçam nossa sociedade falocêntrica, patriarcal e machista que transforma a violência em ideologia, uma vez que, está é banalizada e naturalizada e não fruto de uma conjectura sócio- histórica, culpabilizando a vítima, ou seja, a mulher pela violência que ela sofre, para que este panorama possa ser modificado.

Nessa direção, se faz necessário o engajamento da população masculina na promoção da equidade de gênero e nas ações pelo fim da violência de homens contra as mulheres. Pois esta tem que ser uma luta de toda sociedade e não apenas das mulheres. Possibilitar aos homens agressores atendimento especializado para que possam reconhecer sua agressividade e aprender a lidar com ela de modo a tentar romper com este ciclo. (Oliveira, 2005).

Referências

Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7 (2), 37-49.

Beiras, A.; Ried, J.; Toneli.M.J.F. (2011). Políticas públicas e programas de atendimento: homens autores de violência contra a mulher. *Cadernos de resumos*:

*Congreso Iberoamericano de Masculinidades y Equidad:
Investigación y Activismo.*

Lei n. 9.099/95 de 26 de setembro de 1995. disciplinou como sendo de competência dos Juizados Especiais Criminais a conciliação, o julgamento e a execução das infrações penais de menor potencial ofensivo, assim compreendidas as contravenções penais e os crimes a que a lei cominasse pena máxima não superior a um ano, excetuados os casos em que fosse previsto procedimento especial.

[http:// www.planalto.gov.br/ccivil/leis.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis.htm)

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília.

Lei 11.340/2006 de 07 de agosto de 2006. Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Violência contra a Mulher, da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher e de outros tratados internacionais ratificados pela República Federativa do Brasil; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

[http:// www.planalto.gov.br/ccivil/leis.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis.htm)

Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília

Chauí, M. (1985) Participando do debate sobre mulher e violência. In *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro: Zahar.

Dantas-berger, S. M.; Giffin, K. (2005) A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? *Caderno de Saúde Pública*. 21(2),417-425.

Day, V. P. et al. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 25(1), 9-21.

Giffin, K. (1994) Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos Saúde Pública*.10(1),146-155.

Heise, L.; Ellsberg, M.; Gottemoeller, (1999) Mending violence against women, *Population Reports*. 27(4),1-43.

Oliveira, E. M.; et. al., (2005) M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo, *Revista Saúde Pública*, 39(3), 376-382.

Organização Panamericana De Saúde (OPAS) (2004). *Violencia contra las Mujeres. Hojas Informativa*.

Sacramento, L.T.; Rezende, M.M. (2006) Violências: lembrando alguns conceitos. *Aletheia*. 24(1), 95-104.

Santos, A. C. W.; More, C. L.O.O. (2011). Impacto da violência no sistema familiar de mulheres vítimas de agressão. *Psicol. cienc. prof.* 31(2), 220-235.

AUTO-EFICÁCIA E APRENDIZAGEM MATEMÁTICA DE ALUNOS DO ENSINO MÉDIO INTEGRADO AO TÉCNICO

John Muller de Sena Ferraz⁵¹

Aline Marques da Silva⁴⁹

Ellen Prado Machado⁴⁹

Juliana Cristina de Queiros ⁴⁹

Lidiane de Souza Trindade⁴⁹

Marily Nunes dos Santos ⁵²

Claudia Borim

Diego Vinícius ⁵³

Resumo

A auto-eficácia pode ser definida como a crença que o indivíduo possui acerca de sua capacidade de executar uma determinada tarefa, visando alcançar certo nível de desempenho. A crença de auto-eficácia em relação às próprias capacidades podem determinar o desempenho do aluno na aprendizagem. Sendo assim este trabalho teve como foco investigar a relação da auto-eficácia e a aprendizagem em matemática do ensino Médio-Técnico, a fim de compreender as condições que influenciam o desempenho matemático. Este estudo foi realizado em uma escola pública de ensino médio integrado ao técnico, da capital de São Paulo, no qual participaram 86 alunos das turmas de primeiros e terceiros anos. Foi utilizado para realização dessa pesquisa a Escala de Autoeficácia Acadêmica Para o Ensino Médio e um questionário de identificação. Quando analisado, os alunos que disseram gostar muito de matemática mostraram ter uma percepção de auto-eficácia para aprender significativamente maior. Em relação ao tempo de estudos dos alunos com a sua pontuação de autoeficácia para aprender, verificou-se que quanto maior a percepção de auto-eficácia, maior será o tempo de estudos fora das aulas. O conhecimento de tais dados, podem auxiliar na mudança de panorama e nas práticas pedagógicas no ensino da matemática.

⁵¹ Graduando em Psicologia na Universidade São Judas

⁵² Doutora em educação Matemática pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

⁵³ Doutor em Psicologia pela Universidade São Francisco

Palavras-chave: Autoeficácia, aprendizagem matemática, ensino médio, ensino técnico.

Introdução

O ensino médio vem passando por transformações, tanto de organização como de estrutura e objetivos, e se constitui como a última etapa da Educação Básica obrigatória, pois tem sido definido como o elo frágil da educação básica, deixando de atender expectativas dos jovens em relação às exigências de um mundo em constante transformação (Machado, 2008; Pereira & Araújo, 2015). Os principais desafios discutidos por especialistas é fazer com que os jovens se interessem pela escola e que este espaço possa permitir a descoberta das suas potencialidades.

O ensino escolar deve estar vinculado ao mundo do trabalho e à prática social, tendo como finalidade o pleno desenvolvimento do aluno, aprimorando-o como pessoa humana, formação ética e o pensamento crítico. O ensino médio integrado ao técnico emerge como uma preparação para o exercício de profissões técnicas e para o desenvolvimento do jovem para a inserção no mercado de trabalho, conforme consta na Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) de 1996. Pensando em uma formação com maiores perspectivas de futuro, o ensino médio integrado ao técnico é uma das oportunidades para o jovem que visa uma formação que o possibilite fazer descobertas e que contribua para a sua inserção no mercado de trabalho (Machado, 2008).

A matemática é uma disciplina obrigatória nos três anos do ensino médio e está relacionada a quase todas as áreas do conhecimento e aos desafios cotidianos, inclusive a muitas profissões e cursos superiores e/ou profissionalizantes. São muitos os problemas enfrentados por alunos e professores na disciplina de matemática, sugerindo que o fracasso nessa disciplina acadêmica já seja esperado, sendo uma matéria em que os alunos costumam apresentar maior dificuldade (Torisu & Ferreira, 2009).

A última atualização das metas do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) de 2016 mostrou que a meta estabelecida para o Ensino Médio na aprendizagem de matemática, continua estagnada desde 2011. A meta era de 4,3 e se manteve em 3,7. O índice vai de 0 a 10 e quanto maior for o desempenho do aluno e o número de alunos promovidos, maior será o índice. Quase a totalidade desses alunos está matriculada na rede estadual e segundo Instituto de Estudos e Pesquisas Educacionais

(INEP) de 2016, esses dados só reforçam a necessidade de uma reforma urgente do Ensino Médio, para que se torne mais atrativo aos jovens.

Após o Brasil não ter conseguido atingir as metas de ensino estabelecidas pelo INEP por quatro anos consecutivos, o atual governo recentemente anunciou a proposta de reformulação do ensino médio, que ainda precisa ser votada pelo Congresso Nacional. Entre as principais propostas está a adoção gradativa do tempo integral e a flexibilização do currículo. A intenção é manter as disciplinas tradicionais obrigatórias na metade da carga horária como a disciplina de Matemática e na outra metade disciplinas na qual o aluno possa optar para aprofundar seu conhecimento de acordo com a sua área de interesse. A formação técnica e profissional também faz parte desta proposta permitindo que os alunos aprofundem os conhecimentos para seguir carreira profissional, podendo ser concluído dentro da carga horária do ensino médio de 2.400 horas. Apenas a reforma do ensino médio não é suficiente para um bom desempenho do estudante em disciplinas escolares. Faz-se necessário também pensar o estudante enquanto um ser com motivações e expectativas que atua em sociedade e ao mesmo tempo a transforma.

O conceito de autoeficácia é um construto da Teoria Social Cognitiva, desenvolvida pelo psicólogo Albert Bandura, que atribui à cognição um papel importante nas interações do indivíduo. O princípio básico no qual Bandura (2008) baseia a teoria é a visão de agência humana, que define o indivíduo como agente, e como tal, tem capacidade de se envolver, ser proativo e de influenciar seu próprio desenvolvimento. Entre outros fatores pessoais que lhe afetam, possui a autocrença que lhe permite avaliar se é capaz ou não de fazer e produzir ações, pois são elementos críticos em seu exercício de agência.

A autoeficácia pode ser definida como a crença que o indivíduo possui acerca de sua capacidade de executar uma determinada tarefa, visando alcançar certo nível de desempenho (Bandura, 2008; Barros & Santos, 2010). A crença de autoeficácia pode influenciar as escolhas acadêmicas e profissionais, assim como o desenvolvimento de estratégias e planos de ação para resolver demandas específicas e para adquirir novas aprendizagens. (Barros & Santos, 2010; Polydoro & Guerreiro-Casanova, 2015). Logo, podemos definir a autoeficácia acadêmica como a crença que o indivíduo possui em suas capacidades de projetar e aplicar cursos de ações necessários, para a realização de tarefas diretamente relacionadas a linhas intelectuais e de aprendizagem. O aluno tende a engajar-se em atividades relacionadas à aprendizagem, se ele possuir a crença que a partir de suas capacidades e conhecimentos ele venha a produzir novos conhecimentos e melhorar suas habilidades (Cavenaghi & Bzuneck, 2009)

De acordo com Neves e Faria (2007), a autoeficácia matemática diz respeito a confiança nas capacidades pessoais para a realização bem sucedida de atividades matemáticas, incluindo aspectos como a aplicação de regras matemáticas às situações cotidianas e a resolução de problemas matemáticos de acordo com áreas específicas da matemática como geometria, álgebra, estatística, trigonometria, entre outras. É exposto por Torisu e Ferreira (2009, p.169) que "a percepção que os alunos têm sobre seu próprio potencial e sua capacidade em lidar com situações escolares pode fazer com que eles desenvolvam (ou não), crenças mais robustas de eficácia". Porque, ainda de acordo com os autores, no que se refere à matemática, o desempenho não é adquirido, apenas, a partir das capacidades intelectuais dos indivíduos, mas também de suas relações sociais, afetivas e cognitivas, isto é, crenças mais positivas de autoeficácia facilitarão o processo de ensino-aprendizagem.

Este trabalho teve como foco investigar a relação da crença de autoeficácia e a percepção sobre a aprendizagem em matemática de alunos do ensino médio-técnico, a fim de compreender as condições que podem influenciar no desempenho matemático, considerando o ambiente escolar, social, cognitivo e afetivo dos alunos. Estudar essa relação mostrou-se relevante, pois é necessário entender quais as variáveis que permeiam o desempenho escolar, a partir da percepção dos próprios alunos e trazer assim, uma reflexão sobre o atual sistema de ensino, para contribuir com uma formação mais fiel à essas demandas atuais, levando em consideração a realidade e a diversidade dos jovens brasileiros.

Objetivo Geral

Verificar a crença de Autoeficácia acadêmica em relação à aprendizagem em matemática de alunos do ensino médio integrado ao técnico.

Objetivos Específicos

1. Verificar se a crença de autoeficácia para aprender, para atuar na escola e para decidir sobre a carreira está relacionada com a série do sujeito.
2. Verificar se a pontuação em crença de autoeficácia para aprender Matemática está relacionada com o gostar ou não de Matemática.
3. Verificar se há relação entre o tempo de estudo dos alunos fora das aulas com a pontuação da percepção de autoeficácia para aprender.

Método

Esta pesquisa foi delineada como descritiva e correlacional, pois descreve determinadas variáveis e procura associá-las, visando entender também os fatores que estão relacionados com a ocorrência dos fenômenos estudados (Campos, 2001).

Foram participantes dessa pesquisa 86 alunos de uma escola técnica estadual de São Paulo (ETEC), sendo 41 do primeiro ano e 45 do terceiro ano, 44 eram do gênero feminino e 42 do masculino, com idades entre 14 e 19 anos. Os alunos estudavam em período integral o ensino médio regular e o curso técnico, destes 34 alunos cursavam administração, 29 marketing, 11 automação industrial e 12 mecatrônica.

A participação foi voluntária. Os menores de idade foram autorizados pelos responsáveis a participar da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Assentimento (TCLE) assinado pelo aluno, enquanto os maiores de 18 anos assinaram diretamente o TCLE. Para realizar a coleta de dados foram utilizados dois instrumentos: Questionário de caracterização da amostra e a Escala de Autoeficácia Acadêmica para o Ensino Médio (Polydoro & Guerreiro-Casanova, 2015).

O questionário foi composto por 19 itens divididos em 4 conjunto de questões: Identificação Pessoal, Escolaridade, Rendimento Escolar e Carreira. As perguntas 1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 16, 17, 18, 19 foram retiradas de Leal (2013) e as demais foram criadas pelos pesquisadores.

A Escala de Autoeficácia Acadêmica para o Ensino Médio foi adaptada por Polydoro e Guerreiro-Casanova (2015) a partir da Escala de Autoeficácia na Formação Superior - AEFS, desenvolvida pelos mesmos autores em 2010. O instrumento foi cedido pelos autores para este estudo por meio do coorientador da pesquisa. A escala é composta por 16 itens, do tipo Likert com pontuação variando de 1 (pouco capaz) a 7 (muito capaz), divididos em três dimensões: Autoeficácia para aprender, autoeficácia para atuar na vida escolar e autoeficácia para decisão de carreira. Pontuações mais altas em cada dimensão são indicativas de percepções mais positivas de autoeficácia. Esta pesquisa iniciou-se após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CAEE: 55177616.4.0000.0089) e da autorização do Responsável pela Escola Técnica na qual a

coleta de dados aconteceu. A coleta foi realizada em sala de aula apenas com estudantes que portavam o TCLE assinado e o TCLE do responsável e o Termo de Assentimento do próprio menor, com a presença do professor responsável pela aula, de forma coletiva com duração de aproximadamente 30 minutos. Os dados foram tabulados em planilha no Excel e analisados com o programa estatístico SPSS, versão 21.0. e estão apresentados com frequência, média e desvio padrão e ponto médio. Foram utilizados o Teste t de Student para amostras independentes, mas quando o pressuposto não foi aceito utilizou-se o Teste U de Mann-Whitney e a Análise de Variância (Anova) de um fator, com nível de significância de 0,05.

Resultados e Discussão

Ao analisar as três dimensões de percepção de autoeficácia foi possível verificar que todas as dimensões apresentaram média mais alta comparada ao ponto médio da escala (Tabela 1), indicando tendência de percepção mais positiva em relação às diferentes dimensões de autoeficácia, principalmente na autoeficácia para atuar na vida escolar.

Tabela 1.

Descrição da pontuação nas dimensões de percepção de crença de autoeficácia (n= 86)

Dimensões	Mí ni m o	M áxi m o	Médi a ± dp	Pon to Mé dio
Autoeficácia para aprender	10 ,0	51 ,0	33,5 ± 11,2	32
Autoeficácia para atuar na vida escolar	10 ,0	28 ,0	20,4 ± 4,8	16
Autoeficácia para a decisão de carreira	4, 0	26 ,0	16,4 ± 4,9	16

Analisando os dados da Tabela 2 verificou-se que só houve diferença significativa na percepção de crença de autoeficácia para decisão de carreira, sendo que os alunos do terceiro ano apresentam uma pontuação significativamente maior, indicando uma maior percepção em relação ao primeiro ano, sinalizando que quanto maior a série do aluno maior será a sua percepção de autoeficácia para decidir sua carreira. Leal (2013) afirma que o terceiro ano do ensino médio é um período de ansiedade para os jovens brasileiros, pois é nesse período que se toma decisões sobre o futuro, sobre ingressar no ensino superior ou não, e qual carreira escolher, e entre trabalhar ou não, diante das gigantescas possibilidades e das exigências do mercado de trabalho.

Tabela 2.

Comparação da percepção de autoeficácia dos alunos do 1º e 3º anos.

Autoeficácia	Ano		Ponto médio	t	p
	Primeiro*	Terceiro*			
Para aprender	35,1 ± 11,3	32,0 ± 11,0	32	1,258	0,212
Para atuar na vida escolar	20,8 ± 5,0	20,1 ± 4,7	16	0,636	0,526
Para decisão de carreira	15,3 ± 4,6	17,4 ± 4,9	16	-2,034	0,045

*resultados apresentados com média e desvio padrão

Também foi analisado se gostar ou não de matemática está relacionado com a percepção de autoeficácia para aprender matemática. Na Tabela 3 podemos verificar

que os alunos que disseram gostar muito de matemática têm uma percepção de autoeficácia para aprender significativamente maior dos que disseram não gostar. Dobarro e Brito (2010), indicam que sujeitos que apresentam atitude positiva, também

apresentam um bom desempenho em Matemática. Então, gostar ou não gostar de matemática poderá interferir no envolvimento com a aprendizagem da Matemática e assim influenciar na percepção de autoeficácia para aprender do aluno.

Tabela 3.

Descrição de Média entre gostar de matemática e a percepção de autoeficácia para aprender pela ANOVA

Gosta de matemática	Frequência	Média ± dp	F	p
Muito	30	40,1 ± 7,7 ^a	23,97	0,001
Mais ou menos	31	35,1 ± 9 ^{ab}		
Não	25	23,5 ± 10,4 ^b		

*médias seguidas de mesma letra indicam não haver diferença significativa

Com o objetivo de verificar a relação da percepção dos alunos com a dedicação nos estudos fora das aulas foi possível identificar (Tabela 4) que há diferença significativa entre todos os grupos analisados, ou seja, quanto maior a percepção de autoeficácia para aprender matemática maior será o tempo de estudos desses alunos fora das aulas.

Tabela 4.

Descrição de Média da percepção de autoeficácia para aprender e o tempo de estudo dos alunos em matemática pela ANOVA

Quando estuda matemática	Frequência	Média ± Dp*	F	p
Alguns dias na semana	25	42,5 ± 6,6 ^a	29,429	<0,00

Somente para fazer provas	43	32,2 ± 10,4b	0
Não estudo	17	23,0 ± 8,0c	

*médias seguidas de mesma letra indicam não haver diferença significativa

Um participante respondeu a essa questão como “estudo todos os dias” mas para que fosse possível a análise dos dados através do teste ANOVA essa resposta foi retirada apenas para comparação desses grupos. Os resultados apresentados na Tabela 4 corroboram com os estudos dos autores Azzi, Guerreiro-Casanova e Dantas (2010), que indicam que estudantes com percepção de autoeficácia maior despenderá mais esforço, dedicação, interesse e persistência para aprender pois a percepção elevada de crença de autoeficácia acadêmica repercute na quantidade e na qualidade de dedicação dos estudantes em relação às tarefas de aprendizagem matemática.

Conclusão

No geral, a pontuação de autoeficácia apresentou tendência de percepção mais alta em suas três dimensões, uma vez que a média dos alunos permaneceu acima do ponto médio, principalmente na autoeficácia para atuar na vida escolar. No entanto, quando comparada por série, houve somente diferença significativa na dimensão de autoeficácia para decisão de carreira, sendo maior nos alunos do 3º ano, o que era esperado uma vez que eles estão prestes a tomar uma decisão sobre sua vida acadêmica. Verificou-se que a autoeficácia para aprender demonstra ser significativamente maior nos alunos que gostam de matemática comparado aos que não gostam. Ou seja, ao ter interesse por algo, o aluno tende a dedicar-se mais e se sentir capaz de realizar as atividades que lhe são colocadas com êxito.

Com o objetivo de identificar uma possível relação entre o tempo de estudo dos alunos fora das aulas com a pontuação da percepção de autoeficácia para aprender foi possível verificar através deste estudo que existe uma relação significativa dessas variáveis, o que evidenciam que quanto maior a percepção de autoeficácia maior será a dedicação desses alunos para estudar fora do período das aulas, no entanto as maiores partes da amostra estudam apenas para realizar as avaliações da disciplina de matemática.

Os resultados desta pesquisa devem ser observados levando em consideração as limitações do estudo, uma vez que os dados foram colhidos apenas em uma escola pública e com uma amostra específica. Fazendo-se importante dar continuidade a pesquisas na área, uma vez que a crença de autoeficácia está associada ao desempenho do aluno. Estudos em autoeficácia para aprender Matemática podem auxiliar na mudança de um panorama nacional em relação à esta disciplina, uma vez que os aspectos cognitivos, afetivos e sociais estão envolvidos no processo de aprendizagem.

Referências

Barros, M. & Santos, A. C. B. (2010). Por dentro da Autoeficácia: Um estudo sobre seus fundamentos teóricos, suas fontes e conceitos correlatos. *Revista Espaço Acadêmico*, 10(112), 1-9.

Campos, L. F. de L. (2001). Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia. Campinas: Alínea.

Cavenaghi, A. R. A. & Bzuneck, J. A. (2009). A Motivação de Alunos Adolescentes Enquanto Desafio na Formação do Professor. In *IX Congresso Nacional de Educação - EDUCERE - III Encontro Brasileiro de Psicopedagogia* (pp. 1479 - 1489). Curitiba, PR.

Dados do IDEB 2015 (2016). *Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais 2011-2015*. Recuperado de <http://portal.inep.gov.br/todas-noticias>

Dantas, M. A., Guerreiro-Casanova, D. C., Azzi, R. G. & Benassi, M. T. (2015). Relações de Autoeficácia Acadêmica e estratégias de estudo e aprendizagem: Mudanças ao longo do primeiro semestre do Ensino Médio. *Psicologia: Ensino & Formação*, 6(1), 33-51.

Dobarro, V. R. & Brito, M. R. F. (2010). Atitude e Crença de Autoeficácia: Relações com o desempenho em matemática. *Educação Matemática Pesquisa*, 12 (2), 199-220.

Faria, R. S. F. (2014) Autoconceito, Atitude, Desempenho em Matemática: Um estudo de algumas relações. *Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Matemática*. Vitória, ES. Instituto Federal do Espírito Santo.

Guerreiro-Casanova, D. C., Ferreira, L. C. M. & Azzi, R. G. (2015). Autoeficácia Acadêmica de estudantes de Ensino Médio: Especificidades das séries e turnos. *Psicologia: Ensino & Formação*, 6 (1), 95-120.

Guerreiro-Cassanova, D. C., Dantas, M. A. & Azzi, R. G. (2015). Aspectos Pessoais e Escolares Associados à Autoeficácia Acadêmica no Ensino Médio. *Psicologia: Ensino & Formação*, 6 (1), 72-94.

Leal, M. S. (2013). *Autoeficácia percebida em desenvolvimento de carreira e interesses profissionais em estudantes do ensino médio regular e técnico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de

São Paulo, Ribeirão Preto. doi: 10,11606/D.59.2013.tde-26092013-111136. Recuperado em 2016-05-03, de www.teses.usp.br

Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (1996). *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Recuperado em 22 outubro, 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm

Machado, M.C. (2008). Educação Básica: Ensino Médio terá um novo modelo - São Paulo . Recuperado em 17 de março de 2016, de www.mec.gov.br

Neves, L. F. (2002) *Um estudo sobre as relações entre as percepções e as expectativas dos profissionais e dos alunos e o desempenho em matemática*. Dissertação de Mestrado, Universidade estadual de Campinas. Recuperado em 24 de outubro de 2016 de <http://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/dasNeves.pdf>

Neves, S. P. & Faria, L. (2007). Auto-eficácia acadêmica e contribuições casuais em Português e Matemática. *Análise Psicológica*, 4 (25), 635-652.

Pereira, M.A.L. & Araujo, E.A.S. (2015). Olhar o Ensino Médio Pelas Lentes da Teoria Social Cognitiva. *Psicologia: Ensino & Formação*, 6 (1), 3-13.

Polydoro, S. A. J. & Guerreiro-Casanova, D. C. (2015). Escala de Autoeficácia Acadêmica para o Ensino Médio: Busca de Evidências Psicométricas. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, Londrina, 6(1), 36-53.

Portal Brasil (2016). *Entenda o Novo Ensino Médio*. Recuperado em 23 de outubro de 2016, de <http://www.brasil.gov.br/educacao/2016/09/entenda-o-novo-ensino-medio>

Portal Brasil (2016). *Estrutura curricular é a base do Novo Ensino Médio, reforça secretário de Educação*. Recuperado em 23 de outubro de 2016, de <http://www.brasil.gov.br/educacao/2016/09/estrutura-curricular-e-a-base-do-novo-ensino-medio-reforca-secretario-de-educacao>.

Toritsu, E. M., & Ferreira, A. C. (2009). A Teoria Social Cognitiva e o Ensino-aprendizagem da Matemática: Considerações Sobre as Crenças de Autoeficácia Matemática. *Ciência & Cognição*, 14(3), 168-177.

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO E AUTISMO: DA INSTITUIÇÃO DE UMA PRESENÇA À DIREÇÃO DO TRATAMENTO

Karina Nogueira da Silva⁵⁴

Tânia Elena Bonfim⁵⁵

Resumo

O acompanhamento terapêutico (AT) é um importante instrumento de tratamento, que permite a circulação entre os espaços sociais. Esse tipo de terapêutica, por ser inovadora em relação à psicoterapia clássica de consultório, suscita reflexões quanto a saberes instituídos e práticas cristalizadas acerca do acompanhado e de seu modo de relacionar-se com o mundo. Este estudo apresenta recortes de um caso clínico de uma criança com diagnóstico de autismo. Ilustra o manejo elaborado para instituir uma presença de forma calculada, sustentando a perspectiva de que é pela transferência estabelecida que o acompanhado pode ter, na figura do acompanhante terapêutico, ancoragem suficiente para sustentação de si no laço social. Com isso, é possível identificar nos resultados desse acompanhamento como a situação também possibilitou que nos remetêssemos aos primórdios da prática do AT, ao “amigo qualificado”, na medida em que a amizade abre as portas para a entrada do sujeito no mundo das relações sociais e afetivas, suportando as peculiaridades do acompanhado ao relacionar-se com o mundo. O AT aqui narrado também possibilitou a identificação e discussão das contribuições do acompanhamento terapêutico à clínica do autismo e à sustentação e endereçamento ao laço social.

Palavras chave: autismo, acompanhamento terapêutico, laço social.

Antes de tratar da questão do autismo, faz-se necessário discorrer sobre o desenvolvimento de um bebê e a “estranheza” de como este ser vem ao mundo. Um bebê chega ao mundo como um estrangeiro em relação aos que já o habitam: dorme de dia, acorda à noite, fala uma língua incompreensível num primeiro momento, não

⁵⁴ Psicóloga e Acompanhante Terapêutica, graduada pela Universidade Metodista de São Paulo. Psicóloga atuante na Policlínica Metodista..

⁵⁵ Dra. em Psicologia Clínica pela USP. Docente da Universidade Metodista de São Paulo no curso de Psicologia.

consegue demonstrar com clareza o que deseja, etc. Esse “estrangeirismo” causa uma inquietude aos demais, já que trás o retorno de algo um dia esquecido. É necessário que aos poucos aconteça um processo de familiarização, para que este estrangeiro se torne cada vez mais parte do grupo que o recebe. Porém, muitas vezes este bebê é recebido como um “extraterrestre” ou um selvagem, já que a inquietude que o “estrangeirismo” causa pode tornar impossível um reconhecimento ou familiaridade com este bebê.

O estrangeiro quando tratado como um selvagem deve ser mantido distante pelo humano civilizado que o recebe. Sendo um bom-selvagem, é possível estudá-lo cientificamente, com o objetivo de diferenciá-lo dos demais e de si. Ao se tratar de um extraterrestre, é necessário inclusive fugir caso uma aproximação seja iminente. Nas duas formas não existe uma aposta de que esse bebê aprenda a língua e os costumes dessa nova terra em que ele habita, dado tamanha diferença e inquietude com sua estrangeirice por parte de quem o recebe (Lajonquiére, 2010).

É nesse sentido que buscamos discorrer sobre esse bebê, ou seja, sobre a constituição do sujeito numa perspectiva psicanalítica lacaniana.

Constituição do sujeito numa perspectiva lacaniana

Nos primórdios, existe a mãe e um bebê, significado desde antes de seu nascimento por esta e por sua família. Para este bebê, que é habitado pelos significantes maternos a princípio, não se tem ainda um destino definido. Ele está atado à Gestalt materna: - o seu primeiro significante, aquele que lhe proporciona a satisfação de suas necessidades biológicas e afetivas. Para a mãe, o bebê representa o encontro de um objeto perdido há tempos, o falo, que a completa e a quem ela destina um amor incondicional e que, segundo Freud (1916/2006), nada mais é que um retorno de seu próprio narcisismo primário renunciado no passado.

O bebê, dotado inicialmente de uma visão de corpo despedaçado, começa a apreender sua imagem especular, que representará neste período seu corpo anteriormente despedaçado como uma “totalidade ortopédica”. Essa apreensão sofre a interferência do Outro (A), que nomeará e autenticará a imagem reconhecida pela criança como sendo sua. O bebê passará a ver, portanto, uma imagem própria refletida no outro (a') e, identificando-se a esta imagem, passa a querer mediatizar os desejos do outro como uma forma de corresponder a este falo reencontrado da mãe. O par a-a' do esquema L que Lacan (1998) propõe, refere-se justamente a relação especular do bebê com este

outro, que na realidade é sua própria imagem. Ele é capturado nesta relação imaginária em que acredita ser o objeto fálico num primeiro momento.

Segundo esse mesmo autor, a mãe que no passado constituiu-se como um “sujeito desejante” reconhece e autentica com suas palavras a imagem do bebê quando este começa a apreendê-la, passando ao mesmo tempo uma mensagem real e uma mensagem inconsciente: mesmo este bebê identificando-se como seu falo, a mãe como um “sujeito desejante” continuará desejando para além do bebê.

Esta mensagem inconsciente do Outro (A) perpassa a relação imaginária expressa por a-a', instituindo uma falta estrutural no sujeito S, permitindo a abertura necessária para a entrada do segundo significante, o nome-do-pai, barrador da relação simbiótica da mãe com seu filho e portador da Lei. Esta substituição de um significante pelo outro, bem como a substituição da idéia de ser o falo pela de possuir o falo, permite a saída do bebê da relação dual, simbiótica e imaginária estabelecida com a mãe, para a possibilidade de inserção no campo simbólico, uma vez que o bebê sai de uma relação objetal com a mãe e passa a identificar-se com o significante secundário, o “nome-do-pai”, permitindo o surgimento de um sujeito desejante (Lacan, 1998).

Quando a mãe, ou o responsável pela função-materna, não identifica seu bebê como sendo o falo e não desempenha ou existe uma carência ao desempenhar este papel de Gestalt materna, de Outro Primordial, por qualquer motivo existente, o sujeito será marcado com a falta estrutural do seu primeiro significante desde o período da constituição de sua imagem especular. Na ausência ou pouca presença deste primeiro significante, não existirá quem signifique e autentique a imagem especular do bebê. Portanto, essa imagem permanecerá sendo a de um desconhecido, a visão de sua imagem corporal continuará despedaçada e a diferenciação do eu e do outro não existirá, bem como não existirá a formação do eu-ideal (forma primordial do eu anterior a constituição do sujeito, que se precipita no estágio do espelho), assim, sua relação com a realidade ficará prejudicada. Por fim, podemos compreender que este bebê não finalizará este processo descrito, o que diminuirá as possibilidades de inserção no mundo simbólico (Lacan, 1998).

Ainda nessa visão lacaniana, entende-se que no esquema a-a' da imagem especular, o bebê se identificará inicialmente não como sendo o falo do Outro. O outro a' a quem o bebê se identificará na relação imaginária será o da falta, da castração, graças à forclusão do significante primordial. A aposta realizada neste trabalho será a de que no lugar da carência do primeiro significante, será necessário produzir um segundo significante, anterior ao segundo significante “nome-do-pai” da ordem apresentada

anteriormente, que permita a constituição da imagem especular e a inserção efetiva no elo imaginário e simbólico.

Este segundo significante, conforme Lacan (1998) será o significante do desejo e da demanda, necessário para que haja uma normalização libidinal que foi impossibilitada pela falta do significante primário. Consequentemente será permitida a abertura de possibilidade de investimento libidinal para outros objetos fora do circuito a-a', no qual o bebê encontra-se encerrado. A instauração do desejo neste caso torna-se possível, mesmo tratando-se de um "sujeito em constituição", visto que a falta, condição inicial para que haja desejo, já está instaurada.

Como aponta Lacan (1998. p. 100): "(...) o estádio do espelho é um drama cujo impulso interno precipita-se da insuficiência para a antecipação", ou seja, é justamente da insuficiência do bebê humano enquanto ser prematuro, incapaz de suprir suas próprias necessidades, que existe uma antecipação da mãe em ofertar-lhe demanda e desejo em forma de significantes, que passam a ser instaurados neste ser inicialmente biológico, possibilitando sua passagem para tornar-se um ser na dialética social.

Assim, o objetivo desse trabalho é apresentar recortes de um caso de uma criança autista atendida em acompanhamento terapêutico. Nesse caso, a proposta para o acompanhamento terapêutico desse "sujeito em constituição" foi a de exercer uma das facetas da função de Outro Primordial, instaurar demandas e desejo por meio de significantes, reconhecer e nomear possíveis desejos do bebê e até "emprestar" estes desejos, como forma de inseri-lo no elo simbólico.

APRESENTAÇÃO DO CASO NINA

Para construir um projeto terapêutico na perspectiva do acompanhamento terapêutico, ou mesmo garantir que a transferência ocorra, é necessário construir uma presença enquanto acompanhante mediante o acompanhado. A construção desta presença deve respeitar as particularidades do caso a caso e, portanto, os movimentos de abertura do próprio acompanhado para ser instituída.

A instituição da presença, a transferência e o endereçamento ao laço na clínica do autismo

Para Alemañi (2011) o primeiro desafio do acompanhamento terapêutico é o estabelecimento de um vínculo. O autor faz algumas recomendações sobre o estabelecimento da presença, levando em consideração as especificidades da clínica do autismo. Segundo ele, recomenda-se observar o acompanhado no relacionamento com pessoas significativas, com o objetivo de adquirir informações sobre como este se

comporta em diferentes contextos e lugares, bem como preparar inicialmente objetos ou atividades que sejam da preferência do acompanhado, objetivando a oferta de segurança a partir de atividades confiáveis e motivadores.

Nina:

Foi por meio desta perspectiva de instituição de presença descrita anteriormente que se iniciaram as observações na instituição de ensino em que estudava Nina (nome fictício), uma menina de 5 anos de idade com diagnóstico de autismo. Nina me foi encaminhada pela escola. Acompanhei Nina por 1 ano e meio aproximadamente, frequentando duas vezes por semana sua casa para os acompanhamentos. Após este período, a família informou que seria necessário encerrar o atendimento devido a dificuldades financeiras. Inicialmente me apresentei a Nina e mantive certa distância física, sustentando, porém, minha presença no ambiente da escola em que ela praticamente se negava a estabelecer algum tipo de laço social - relacionava-se apenas com a professora e a auxiliar de classe.

Desde o primeiro dia de observação um vínculo se estabeleceu, porém este vínculo esvaia-se até o encontro seguinte, existindo a necessidade de reconstruí-lo a cada vez. Os encontros se intensificaram em sua frequência e a tentativa de estabelecer uma presença que perdurasse por mais de um encontro ultrapassou o contexto da instituição de ensino e se transferiu também para outros contextos, como um hospital em que ela esteve internada e a casa da acompanhada, visto que levantou-se a necessidade de compreender e intervir in loco nas relações familiares da acompanhada. Atividades lúdicas com base nas observações de seus interesses, como brincadeiras com massinhas caseiras e chocalhos confeccionados com garrafas e grãos variados foram propostos em alguns encontros e receberam ampla aceitação de Nina e da família - que começou a participar mais ativamente dos encontros. Depois de cerca de dois meses de trabalho, assim que Nina percebeu-me entrando pela porta em um dos encontros, me abraçou, segurou minha mão e saiu puxando-me pela casa, entrando e saindo de diferentes cômodos. A partir deste dia, compreendeu-se que o vínculo efêmero estabelecido inicialmente havia se transformado numa presença efetivamente constituída.

Para a concepção de um projeto terapêutico, uma presença instituída é apenas o primeiro dos caminhos a se trilhar. De acordo com Hermann (2012), o projeto terapêutico para um acompanhamento é concebido na transferência. A transferência caracteriza-se basicamente como uma recuperação do primeiro tempo do Édipo, sendo

que o acompanhante, e também o analista, ocupam geralmente este lugar de Outro Primordial na transferência em relação ao acompanhado ou ao analisando.

Ao falarmos da clínica do autismo, porém, como pensamos na transferência e em assumir o lugar de Outro diante de alguém que está a caminho de se estruturar como sujeito, que não recebeu contornos corporais e significantes suficientes para a inserção no mundo do simbólico, e que, portanto, não consegue articular real, simbólico e imaginário.

Segundo Vorcaro (1999), é exatamente pela falta de um sujeito constituído que o analista deve realizar uma suposição da existência de um sujeito, antes da existência própria deste. O analista transpõe os signos que a criança recorre até a produção de uma frase, um dizer. O terapeuta lê a manifestação da criança como seu imaginário, transformando signos em significantes, ou seja, oferece o imaginário permitindo o surgimento do simbólico, antecipando uma lógica que ainda não existe.

Uma vez instituída a presença e construída a transferência é possível, através do dispositivo do acompanhamento terapêutico, aproximar o sujeito às ofertas de laço social, permitindo que o acompanhado consiga sustentar-se neste laço ofertado (Hermann, 2010).

No decorrer dos encontros com Nina, durante as atividades lúdicas e passeios às ruas e praças da região, trabalhou-se na perspectiva de antecipar a existência do sujeito e nomear suas emoções e desejos, uma vez que para ela era impossível tal nomeação. Um recorte que exemplifica a situação descrita ocorreu em um dos encontros, quando Nina passava repetidas vezes em frente à porta da cozinha fechada. Estiquei minha mão em sua direção e disse que parecia que ela gostaria de entrar naquele espaço. Adentramos ao espaço da cozinha e Nina logo abriu um sorriso. Diante de sua reação, confirmei a ela que parecia que sua vontade era mesmo a de estar ali e que ela parecia feliz com isso.

Gradativamente Nina obteve cada vez maior acesso a este e a outros espaços, nos quais sua presença era vetada, uma vez que Nina tinha o hábito freqüente de levar objetos diversos à boca e a cozinha era considerada pelos familiares um ambiente sujo e com muitos perigos dado tal hábito de Nina. Esta situação de proibição do acesso era atravessada por uma grande ambivalência, já que existia por parte da família uma oferta ao laço social, mas a presença de Nina não era permitida nos espaços em que esse enlace se daria. Neste sentido foi necessária uma interferência na dinâmica familiar que garantisse a Nina uma maior circulação no espaço da própria casa.

As nomeações dos possíveis desejos e demandas de Nina tiveram um duplo efeito: para Nina foi permitido a antecipação da existência de um sujeito e sua sustentação no laço social, pois já existia um vínculo terapêutico construído e uma relação transferencial que permitiram essas nomeações. Para a família foram ofertadas a escuta e o olhar clínico, que possibilitaram interpretar as respostas de Nina na perspectiva da aposta do surgimento de um sujeito. Desta forma, o investimento da família em Nina como sujeito, sem considerar apenas seu diagnóstico, aumentou cada vez mais.

Com o passar dos encontros, a própria Nina passou a reivindicar não só mais a circulação nos espaços físicos, mas a circulação no laço social, buscando cada vez mais ativamente e freqüentemente o contato com os familiares e profissionais da escola, suportando e se aproximando com maior frequência de desconhecidos nas situações mais corriqueiras, como por exemplo, suportar estar ao lado de uma garotinha que a convidava a brincar num brinquedo em um parque e, a seu modo, engajar-se nesta brincadeira.

Com o passar do tempo, cerca de seis meses, pudemos observar que Nina passou a demonstrar mais potencialidades à sua família, ainda que essa mesma família demonstrasse, por inúmeras vezes, no início da terapia, as impossibilidades de Nina. Com o passar do tempo e das intervenções, inclusive apontando os avanços de Nina no tratamento (maior contato visual e físico com familiares/escola, vocalizações de fonemas em situações específicas, simulando uma tentativa de comunicação verbal, maior interação com outras crianças, etc), os familiares reconheceram tais avanços, porém as expectativas estavam muito voltadas para questões orgânicas, como a questão do refluxo constante. O encerramento do tratamento se deu a pedido da família, alegando dificuldades financeiras. Foram realizados mais dois encontros com Nina e uma reunião/devolutiva com os pais.

O dispositivo do acompanhamento terapêutico, neste sentido, foi o fio condutor que permitiu uma aposta e sustentação do sujeito no laço social, uma vez que houve a instituição da presença e o estabelecimento da transferência, criando condições de circulação nos espaços em que o enlace social seria oferecido, permitindo, assim, a inserção gradual de Nina na dimensão do social.

REFERÊNCIAS

Alemañi, R. (2011). Autismo y acompañamiento terapéutico: comprender para acompañar. In G. Bustos & M. L. Frank (Orgs.). *Acompañamiento Terapéutico: Innovaciones em La clínica inscripción institucional* (pp. 117-129). Buenos Aires: Dunken.

Freud, S. (2006). *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, vol. XIV.

Hermann, M. C. (2010). Acompanhamento terapêutico, sua criação em uma montagem institucional de tratamento e as ofertas de laço social. *Revista Estilos da Clínica*, 15 (1), 40-59.

Hermann, M. C. (2012). *Acompanhamento terapêutico e psicose – articulador do real, simbólico e imaginário*. São Paulo: UESP.

Vorcaro, A. M. R. (1999). Transferência e interpretação na clínica com crianças autistas e psicóticas. *Revista Estilos da Clínica*, 17 (2), 52-72.

Lacan, J. (1998). Seminário sobre a Carta Roubada. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lajonquiére, L. (2010). *Figuras do infantil: a psicanálise na vida cotidiana com as crianças*. Rio de Janeiro: Petrópolis.

ACOMPANHAMENTO TERAPÊUTICO: HISTÓRICO E RELEVÂNCIA DO VÍNCULO

Karina Nogueira da Silva ⁵⁶—.

Marília Martins Vizzotto⁵⁷ —

Resumo:

O acompanhamento terapêutico (AT) é um importante dispositivo de tratamento que permite como essência da constituição de sua função a circulação entre os espaços sociais, produzindo porosidades que promovem reflexões quanto a saberes instituídos e práticas cristalizadas acerca do acompanhado e de seu modo de relacionar-se com o mundo. Assim, o objetivo deste trabalho foi recuperar parte da construção histórica deste dispositivo e enfatizar a importância da instituição do vínculo terapêutico para a construção do AT.

Palavras-chave: Acompanhamento Terapêutico; Psicohigiene; saúde mental

No que diz respeito à necessidade do psicólogo da área da saúde mental não se limitar ao interesse clínico, Bleger (1980) já anunciou que esse psicólogo deve sim atuar de forma direta nos problemas que concernem a psico-higiene, e não apenas esperar que surja o adoecimento do sujeito para então intervir. Aspecto esse o que configuraria uma perspectiva mais assistencial, e menos de promoção a saúde da população; logo, o autor já questionava a posição passiva do psicólogo clínico. Abordando a dimensão social da psicologia, o autor afirmava ser importante encarar os fenômenos psicopatológicos e da saúde mental como uma vertente da saúde pública e da sociedade e, deste modo, o psicólogo administraria seus conhecimentos e técnicas adquiridos considerando justamente esta dimensão social.

Na discussão de tais aspectos, desde os anos sessenta do século XX, já era imbuída de pensamentos acerca da reforma psiquiátrica e o que isso representaria aos diferentes profissionais envolvidos em saúde mental; e um dos principais conceitos pensados naquela época era o que Bleger (1980) ao chamar de higiene mental; conceito que consistia basicamente numa mudança importante de paradigma, pois destituía a saúde pública de um olhar apenas para doença e sua cura e, doutro modo, que passasse a almejar um melhor nível de saúde para a população e seu

⁵⁶ Psicóloga e Acompanhante Terapêutica

⁵⁷ Psicóloga e professora titular do programa de pós-graduação stricto sensu em psicologia da Universidade

Metodista de São Paulo.

desenvolvimento pleno. Consistia basicamente no conjunto de conhecimentos, métodos e técnicas com objetivo conservar e desenvolver a saúde. No cenário da assistência psiquiátrica, o modelo “hospitalocêntrico” foi se modificando e as idéias blegerianas foram sim observadas de modo se conquistar a prevenção e o diagnóstico precoce, bem como e a redução do período de internação, reabilitação de pacientes para o retorno da vida em sociedade, incluindo-se a própria promoção a saúde

Um apanhado histórico da função do acompanhante terapêutico

O acompanhamento terapêutico (AT) surge do momento em que, pensada a reforma psiquiátrica, era importante refletir sobre a desospitalização de pacientes que passavam meses, anos, ou décadas internados em hospitais psiquiátricos. Instituições privadas de assistência baseadas em modelos de comunidades terapêuticas americanas e inglesas, como a Clínica Pinel em Porto Alegre e no Rio de Janeiro e a Comunidade Enface em Diadema, São Paulo, traziam, desde o final dos anos 70, profissionais chamados “atendentes psiquiátricos”, ou “atendentes grudes”, ou “assistentes recreacionistas”, etc., que em sua maioria eram estudantes ou profissionais recém-formados de psicologia e medicina, que se diferenciavam dos demais funcionários psiquiátricos destas clínicas, por transformarem, através de manejos próprios, as atividades da rotina destas instituições em atividades terapêuticas e acompanharem pacientes em saídas dessas instituições. Existia, naquela época, uma relação embrionária destes profissionais com a função do AT, diferente de como é concebida atualmente, pois ainda não existia uma sistematização da função e tampouco especificações de características pessoais, profissionais ou institucionais para a ocupação destes cargos. Além do que, tal como assinala Marinho (2009), os profissionais funcionavam, em sua maioria, apenas como “modelos identificatórios”, influenciando os comportamentos dos pacientes, afastando-se da função e potência que o AT possui no contexto atual.

Já nos anos 80 as nomenclaturas descritas acima foram substituídas pelo termo “amigo qualificado”, que se diferenciava da dimensão meramente “identificatória” por incluir na relação dos protagonistas deste tipo de terapêutica questões como a escuta das vivências do paciente psiquiátrico, andanças pelas ruas da cidade em sua companhia, etc. Apesar de afirmar o estatuto-político do AT, a nomenclatura “amigo qualificado” foi problematizada na medida em que era entendida apenas a necessidade descrever a questão dual da relação entre acompanhante e acompanhado, transformando-os em semelhantes. Apenas no 1º Encontro Paulista de

Acompanhantes Terapêuticos, segundo Marinho (2009), ao se estreitar as discussões sobre a nomenclatura é que foi proposta a denominação “Acompanhante Terapêutico” (AT), que, apesar de até os dias atuais ser problematizada, é a que permanece em uso constante atualmente.

Quanto à sua função, Marinho (2009) pontua três aspectos primordiais que resumem as possibilidades de atuação do AT no âmbito da saúde pública, e que são: a) a relação com os usuários indicados pelos serviços públicos ou clínicas de tratamento, com foco nas estratégias de interação com o meio, ou seja; foco na relação com os acompanhados e destes com o mundo e os espaços sociais; b) relação de equipes de saúde que atendem esses usuários, com o entorno do acompanhado (parentes, amigos, personagens relacionados a instituições como escola, hospitais com as quais o acompanhado se relaciona, etc.); c) foco de atuação no funcionamento e articulação do tratamento em rede, e, acrescento, esta rede pode tratar-se de uma rede pública ou privada de assistência, bem como de uma rede afetiva e relacional do acompanhado com pessoas significativas de seu entorno.

Assim sendo, uma das formas atuais de entendermos a função (visto que não é profissão regulamentada), é que na pluralidade de atores de diferentes áreas envolvidos em torno desta função, há uma ampliação no repertório de estratégias de intervenção no campo da saúde mental - do AT. Acresce-se que, pautado pela ética da psicanálise, esse é um dispositivo clínico-terapêutico, que tem como marca essencial de sua constituição a circulação pelos espaços sociais do entorno acompanhado- acompanhante, sendo que o terapeuta (acompanhante) promove um endereçamento ao laço social do acompanhado, uma vez que este apresenta dificuldades importantes para manter-se e circular sozinho no laço social ofertado. O acompanhante promove ainda, na dimensão social, reflexões quanto aos saberes instituídos e práticas cristalizadas acerca do acompanhado e de seu modo de relacionar-se com o mundo.

A transferência e o vínculo terapêutico

A transferência e o vínculo terapêutico nos remetem à psicanálise. Segundo Laplanche e Pontalis (2000), o conjunto dos fenômenos que constituem a relação paciente-psicanalista pode ser chamado de transferência. Os autores relacionam a transferência a imagos parentais ou fraternais, ou seja, basicamente trata-se da relação parental e/ou de relações intersubjetivas, reais ou fantasiadas, que são revividas na relação com o analista, que, por sua vez, oferece um espaço favorável e aberto à comunicação para que tais conteúdos emirjam. É por meio da transferência,

portanto, que é possível apreender os elementos do conflito e a problemática singular do paciente, que provavelmente se encontra confrontado diante da força de seus desejos e fantasias inconscientes.

É possível ainda, segundo esses mesmos autores, diferenciar a transferência em positiva ou negativa, ou seja, revestida de sentimentos ternos ou hostis. Ambas podem estar a serviço da resistência, portanto, é necessário manejar a transferência de modo que ela sirva a seu propósito terapêutico na dinâmica do processo de cura. Ainda relacionado à transferência, os autores nos remetem à neurose de transferência, que é uma neurose artificial em que se organizam as manifestações da transferência, sendo esta uma nova edição da neurose clínica. Na neurose de transferência, continuam os autores, todo o comportamento patológico do paciente se centra em sua relação com o analista. Sua elucidação leva à descoberta da neurose infantil, ou seja, com a neurose de transferência o paciente pode ser tratado através do trabalho terapêutico.

Em seu texto “A dinâmica da transferência”, Freud (1912/2006) escreve que a transferência é a ferramenta que torna possível, ao tratamento analítico, rastrear o curso da libido regredida revivida nas imagos infantis do paciente, e a torna acessível à consciência. S.Freud propõe que a catexia libidinal do paciente, como em outras relações, dirige-se também ao analista, recorrendo a protótipos para se estabelecer – imagos infantis. Assim, tanto conteúdos conscientes quanto inconscientes fazem parte da relação transferencial.

Freud (1912/2006) salienta, então, que assim como a transferência é essencial para o processo por elucidar tais conteúdos através da relação transferencial com o analista, também é fruto das maiores resistências ao tratamento, justamente por suscitar tais conteúdos que são conflituosos para o paciente. A resistência deforma o material patogênico, mas revela no espaço transferencial e analítico o conteúdo latente de alguma maneira. Assim, como aponta Freud, o conflito pode ser combatido na esfera da transferência.

No texto “Observações sobre o amor transferencial”, Freud (1915/2006) exemplifica a resistência na análise na situação do amor transferencial. Freud aponta que o paciente “enamorado” utiliza-se do amor relatado especialmente em situações em que conteúdos aflitivos e reprimidos são rememorados, desviando o interesse do trabalho do analista e colocando em cheque sua posição ética e profissional. Aponta ainda que, frequentemente, se a resolução para o conflito amoroso é o final do tratamento, o paciente tende a reproduzir o mesmo modelo de enamoramento com o próximo

analista, ou seja, a situação trata-se apenas da atualização de uma posição em função da resistência.

Sobre a transferência na situação terapêutica, Fiorini (2004) marca justamente as diferenças da relação transferencial na dita “relação analítica” e da relação transferencial numa situação terapêutica, como a da própria psicoterapia. Enquanto a “relação analítica” pressupõe anonimato, ambiguidade, controle dos afetos, imobilidade corporal, iniciativa delegada ao paciente, etc., o conjunto de traços que esboçam o perfil do terapeuta, segundo Fiorini, não tratam de um conjunto fechado de técnicas utilizadas necessariamente de uma mesma forma na relação terapêutica, rompendo, assim, a com a estereotipia de um único contexto e da utilização de papéis fixos de terapeuta e paciente.

Tal conjunto trata, sim, da formulação de uma técnica terapêutica geral. Isto porque fala de um aglomerado de recursos e possibilidades, ativados na singularidade da relação bipessoal com cada paciente e em cada momento do processo terapêutico, ou seja, a flexibilidade, a capacidade do terapeuta de converter em ato os recursos possíveis existentes e adequados a cada situação da terapia, é fundamental (Fiorini, 2004).

O autor inicia sua descrição mostrando que o contato empático e o acolhimento são questões fundamentais e fundam o processo terapêutico. O terapeuta contribui para criar um clima espontâneo, de liberdade, com o objetivo de o paciente expor com maior facilidade o que se passa com ele. O autor pontua que parte do processo de psicoterapia consiste na integração entre sensibilidade e expressividade, e a postura espontânea do terapeuta é o modelo oferecido desta integração – alguém capaz de rir, de brincar, de sofrer, etc. (Fiorini, 2004).

O terapeuta tem que sempre estar aberto a enriquecer seu método de trabalho com recursos que ultrapassem a comunicação verbal e que sejam dotados de valor didático para ilustrar e objetivar questões do paciente ou da situação terapêutica, como desenhos, escritos, objetos, fotos do paciente, tarefas concretas ou tarefas-problemas, gravação de sessões que podem ser reescutadas, etc. (Fiorini, 2004).

Tais atitudes, segundo Fiorini (2004), expõem traços da pessoa do terapeuta que atuam não como um aspecto perturbador do espaço terapêutico, mas como instrumental técnico do terapeuta no vínculo com o paciente. A necessidade da inclusão destes traços oscila de acordo com uma série de variáveis, tais como: o paciente, o momento da sessão, entre outros. Estes comportamentos vinculares, segundo o autor, têm um papel retificador. Além disso, a relação real do terapeuta com

o paciente motiva o trabalho terapêutico e corrige distorções transferenciais. A personalização do terapeuta abre espaço para a existência de vínculos com o paciente em outros papéis fora da situação de tratamento. Sendo assim, outros encontros entre paciente e terapeuta em outros contextos enriquecem o processo, já que tem um valor mobilizador e revelador de facetas do vínculo terapêutico não explorado e rompe a estereotipia de um único contexto e papéis fixos.

O acompanhamento terapêutico (AT), neste sentido, se configura como um dispositivo clínico-terapêutico que aproxima o sujeito às ofertas de laço social, sendo que esta aproximação trás importantes efeitos em seu tratamento. Uma de suas funções é a de circulação entre os espaços da cidade com o acompanhado, com o objetivo de endereçá-lo ao laço social ofertado nestes locais e permitir sua sustentação neste. Assim sendo, é um dispositivo que na essência de sua função aborda o rompimento da estereotipia de contextos e papéis fixos e rígidos, abordados por Fiorini (2004) em sua obra, em nome do valor mobilizador que o vínculo terapêutico manejado desta forma pode possuir.

Tal perspectiva faz lembrar outro autor antes citado, Bleger (1980), quando este problematiza a posição passiva do psicólogo clínico em seu ambiente, a clínica, ao descrevê-lo esperando passivamente pelo doente em seu consultório. Em contrapartida, uma posição que visa à promoção a saúde da população, seria justamente a da saída do consultório e atuação em instituições, grupos e comunidades e, porque não, utilizando-se de terapêuticas que tenham este propósito. O acompanhamento terapêutico pode ser então incluído nesse contexto blegeriano, na medida em que se dedica a uma circulação e trabalho em rede, e intervém nos processos psicológicos presentes nas relações humanas *in loco*.

No acompanhamento terapêutico, o projeto terapêutico é construído na transferência, ou seja, é necessário construir junto ao acompanhado um vínculo inicial, que também é terapêutico, para que depois se estruturam os objetivos que aquele acompanhamento poderá atingir. A construção deste vínculo terapêutico inicial deve respeitar as particularidades do caso a caso e, portanto, os movimentos de abertura e fechamento do próprio acompanhado para ser instituído. Assim, é o acompanhado que sinalizará na relação com o acompanhante os caminhos e as possibilidades que aquele trabalho terá e os momentos em que estes caminhos devem ser trilhados, ou não.

Podemos pensar nesta relação terapêutica como uma dialética em que se busca trabalhar através da relação do acompanhado com o acompanhante, que é externa, os

vínculos relacionais interiores do acompanhado, com o objetivo de favorecer a qualidade dos vínculos relacionais exteriores do acompanhado com o mundo.

Para isto, o acompanhante utiliza-se de ferramentas como saídas para espaços públicos, atividades diversas ou até do próprio corpo, expondo, como trouxe anteriormente Fiorini (2004), traços da pessoa do terapeuta que atuam como um instrumental técnico do AT no vínculo com o acompanhado. Assim, o acompanhante, como o autor supracitado coloca, correlaciona uma ampla gama de possibilidades terapêuticas com as necessidades que emergem da relação com o acompanhado e as propõe paulatinamente, num projeto terapêutico que leva em conta as características e aberturas do sujeito.

O que é preciso diferenciar, como afirmou Pulice (2012) que tal vínculo terapêutico, que o autor chamou de “vínculo amistoso” (remetendo aos primórdios da prática, a antiga nomenclatura do AT, o “amigo qualificado”), não se trata de responder apenas a amizade com amizade, pois desta forma perde-se a função terapêutica do acompanhamento, mas sim, articular-se transferência, circulação nos espaços e amizade; ou seja, criar um vínculo que caracterize a porta de entrada do sujeito no mundo das relações afetivas; relação esta que acontece no AT que atua como semelhante, alguém fora do contexto familiar do acompanhado.

Concluindo, o acompanhamento terapêutico tem se constituído ao longo dos anos como um importante dispositivo terapêutico que essencialmente aproxima o sujeito das ofertas de laço social; perspectiva essa que vai ao encontro das propostas de atuação do psicólogo que promove a saúde na população. No entanto, é importante salientar que, para endereçar o sujeito ao laço, é necessário inicialmente instituir um vínculo terapêutico com o acompanhado para que, aí sim, seja possível tal endereçamento. Para a instituição do vínculo ocorrer em efetivo, diversas possibilidades de manejo podem ser utilizadas, sendo que o manejo será escolhido de acordo com o que o acompanhado mobilizar na transferência com o acompanhante naquele momento.

REFERÊNCIAS

Bleger, J. (1980) *Psicohigiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Marinho, D. M. (2009) *Acompanhamento Terapêutico: caminhos clínicos, políticos e sociais para a consolidação da Reforma Psiquiátrica brasileira*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Escola de enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

Fiorini, H. J. (2004) *Teoria e técnica de psicoterapias*. São Paulo: Martins Fontes.

Freud, S. (2006) *O caso Schereber, artigos sobre técnica e outros trabalhos (vol. XIV)*. Rio de Janeiro: Imago.

Laplanche, J., Pontalis, J.B. (2000) *Vocabulário da Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.

Pulice, G. O. (2012) *Fundamentos clínicos do acompanhamento terapêutico*. São Paulo: Zagodoni.

A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA

Amanda Rocha Pereira⁵⁸

Clarice Maria Peres Bronze⁵⁹

Darianne Lima da Silva⁵⁷

Juliana da Silva Batista⁵⁷

Maira Daniel de Souza⁵⁷

Mayara Yume Lima Shimizu⁵⁷

Rafaela Rodrigues de Porto Meira⁵⁷

Cláudia Borim da Silva⁶⁰

Resumo

Esta pesquisa teve como finalidade avaliar a percepção de qualidade de vida de idosos que praticam atividade física. Com o aumento da expectativa de vida, percebe-se a importância de buscar um envelhecimento ativo e saudável. A atividade física regular mostra-se como um meio de promoção de saúde e de melhor qualidade de vida à população idosa. A pesquisa contou com uma amostra de 38 participantes que frequentavam uma associação localizada no bairro da Mooca na cidade de São Paulo. Como critério de inclusão, foram selecionadas pessoas com 60 anos ou mais, desta associação, de ambos os sexos e que praticassem atividade física regularmente. Utilizou-se o instrumento World Health Organization Quality of Life Old (WHOQOL- Old) e uma entrevista individual. A amostra foi composta principalmente por mulheres, com uma média de idade de 74,1 anos e 36% disseram morar sozinhos. As atividades físicas mais citadas foram: caminhada, alongamento e ginástica. Em todas as facetas avaliadas houve uma pontuação acima do ponto médio. Não houve diferença significativa entre as categorias gênero, exercer uma profissão e morar sozinho ou acompanhado. Destaca-se a importância da disponibilização de espaços que ofereçam atividade à população idosa, para facilitar a inserção desta à prática esportiva e manutenção da vida social.

⁵⁸ Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu, São Paulo – SP. E-mail: rocha_amandapereira@hotmail.com

⁵⁹ Graduanda do Curso de Psicologia da Universidade São Judas Tadeu

⁶⁰ Professora doutora, docente da graduação e pós-graduação da Universidade São Judas Tadeu, São Paulo- SP. E-mail: prof.cborim@usjt.br

Palavras-chave: Atividade Física, Idoso, Qualidade de Vida e Envelhecimento

Introdução

Devido aos avanços da medicina e tecnologia, houve um aumento na expectativa de vida em todo o mundo. Estima-se que em 2050 aproximadamente 2 bilhões de pessoas terão 60 anos ou mais, sendo que 80% desses estarão em países em desenvolvimento, como o Brasil. (United Nations [UN], 2007).

Com o aumento da população idosa é de fundamental importância que os governantes se atentem à promoção do envelhecimento ativo e saudável, e às políticas públicas para melhor atender o idoso em suas atuais necessidades e assegurar seu direito ao acesso à saúde, educação, cultura, esporte e ao lazer, como consta no Estatuto do Idoso de 2003. O que vai ao encontro com a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que os governos implantem políticas de “envelhecimento ativo”; não se restringido ao sentido de estar fisicamente ativo ou trabalhando, mas de haver uma participação em questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis (Organização Pan-Americana da Saúde [OPAS], 2005).

Envelhecer envolve uma série de aspectos além das mudanças físicas; Mcpherson (1990, citado por Mota, Ribeiro, Carvalho e Matos, 2006), salientou as mudanças dos papéis exercidos pelo indivíduo, que vão se transformando em decorrência de situações como aposentadoria e morte de amigos. Diante destas transformações na vida dos idosos é necessário que sejam estimulados a participar de grupos que façam exercícios físicos, se sociabilizem e mantenham a autoestima elevada.

O fato das pessoas estarem vivendo mais, mostra a necessidade de olhar para como ocorre o envelhecer, além de evidenciar a importância de analisar a qualidade de vida para um envelhecer saudável (Philippi, Mazo, Cardoso & Silva, 2007). A qualidade de vida apresenta-se como um elemento fundamental, influenciando sobre a nossa capacidade de viver melhor e de forma saudável. Faz-se, então, importante compreender o que o termo qualidade de vida engloba.

Diante das divergências sobre o que é “qualidade de vida” a OMS, antes de desenvolver o instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida WHOQOL-100, definiu o termo “como percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e

sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995 citado por Fleck, 2000).

A atividade física seria um fator que auxiliaria na preservação das capacidades da pessoa com mais idade. Segundo Félix (2015) o sedentarismo é uma das maiores causas de morte. Assim, é essencial a prática de atividade física para que haja o favorecimento da saúde e bem-estar populacional.

Malta (2009, citado por Zaitune et al., 2010), ressalta o impacto direto na saúde, sobretudo dos idosos, dos programas que promovem a atividade física. É visto o reconhecimento dos benefícios que estas atividades podem trazer nas esferas físicas, psicológicas e sociais, contribuindo com a independência do idoso, a diminuição do risco da ocorrência de doenças crônicas e uso de medicamentos. Blair e Connelly (1996, citados por Mota et al., 2006) corroboram com esta ideia, destacando que a atividade física regular traz inúmeros benefícios físicos aos que praticam, em especial os idosos, podendo contribuir para a longevidade desta população, e claro, agindo também em desordens emocionais, tal qual a depressão.

Considerando que a qualidade de vida depende de vários aspectos da vida de uma pessoa, a prática de atividade física pode auxiliar. Uma vez que, além de beneficiar o aspecto físico, também pode influenciar no aspecto psicológico e social. Como menciona Ventura (2014) a prática de exercício físico e a participação em grupos de convivência contribuem para a população idosa, na prevenção e controle de doenças, importante na manutenção da autonomia e autoeficácia; e também aprimora aspectos psicossociais e aumenta a percepção de bem-estar.

Alguns documentos - a exemplo disto tem-se a Carta de Ottawa, elaborada em 1986 - salientam a importância de se buscar um “completo estado de bem-estar físico, mental e social”, ressaltando que para alcançar esta finalidade é fundamental a participação social. Ao processo dá-se o nome de Promoção da Saúde, que busca “identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente” (p.1). Portanto, a atividade física regular pode mostrar-se como um meio de promoção de saúde e de melhor qualidade de vida à população idosa, o que evidencia a importância de se investigar as reais relações entre esses.

O objetivo geral da pesquisa foi avaliar a percepção da qualidade de vida de idosos que praticam atividade física, com enfoque nas relações pessoais e sentimento de pertença de grupo.

Método

Este estudo caracterizou-se por ser do tipo levantamento, reconhecido por buscar respostas mediante uma problemática, apoiando-se num grupo referencial, para posteriormente, analisar os dados coletados e gerar possíveis conclusões (Gil, 2002).

A pesquisa foi composta por 38 idosos, com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que participam de atividades numa associação localizada no bairro da Mooca, na cidade de São Paulo. A instituição selecionada é uma organização sem fins lucrativos que visa proporcionar um melhor condicionamento físico e um maior contato social aos moradores do bairro da Mooca.

Como critério de inclusão, têm-se pessoas com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, que pratiquem alguma atividade física regularmente e que estejam participando das atividades desta associação, foram excluídos desta pesquisa indivíduos que não preencheram pelo menos um dos requisitos.

Considerou-se que houve um risco mínimo, pois, ao responder à entrevista eventualmente o participante poderia sentir-se desconfortável em relação a uma ou mais questões. Caso o grupo percebesse este desconforto ofereceria o auxílio necessário, no entanto, não houve nenhuma ocorrência.

Como benefício a pesquisa pretendeu contribuir para a percepção do idoso sobre o impacto que a atividade física tem na sua qualidade de vida, além de auxiliar a expandir conhecimento científico sobre o assunto, ao produzir dados que poderão ser utilizados em trabalhos posteriores que abordaram essa temática.

Foram utilizados dois instrumentos. A versão em português do instrumento World Health Organization Quality of Life Old (WHOQOL- Old) que é uma adaptação da versão do WHOQOL para a população idosa, sendo validado pela Organização Mundial da Saúde (OMS); a versão em português teve como coordenador o Dr. Eduardo Chachamovich e Dr. Marcelo Pio de Almeida Fleck (Chachamovich & Fleck, n.d). O embasamento metodológico do instrumento teve colaboração de 22 centros de diferentes culturas, dessa forma, sua perspectiva é considerada transcultural (Chachamovich, 2005). Esse instrumento é composto por 6 facetas com 4 itens da escala Likert, em cada uma, totalizando 24 itens. Chachamovich e Fleck (p.15) explicam cada faceta:

A faceta Funcionamento do Sensório avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda das habilidades sensoriais na qualidade vida. A faceta Autonomia refere-se à independência na velhice e, portanto, descreve até que ponto se é capaz de viver de forma autônoma e tomar suas próprias decisões. A faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras descreve a satisfação sobre conquistas na vida e coisas a que se

anseia. A faceta Participação Social delinea a participação em atividades do cotidiano, especialmente na comunidade. A faceta Morte e Morrer relaciona-se a preocupações, inquietações e temores sobre a morte e morrer, ao passo que a faceta Intimidade avalia a capacidade de se ter relações pessoais e íntimas.

E um roteiro da entrevista foi criado pelas autoras com base no roteiro de entrevista de Ventura (2014). As questões foram selecionadas com o objetivo de abordar aspectos sobre determinadas características dos participantes, e da prática de atividade grupal. Os critérios avaliados nas questões 01 a 08 são de cunho sociodemográfico, a questão 09 – refere-se às condições de saúde; a questão 10 as condições da prática de atividade física; as questões 11 e 12 referem-se ao papel da sua participação em atividade grupal.

Mediante autorização do responsável da associação para que a coleta de dados pudesse ser realizada com os idosos dela participante e a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da universidade, foram agendadas as entrevistas, que aconteceram individualmente, na sede da instituição. Cada entrevista foi conduzida por, pelo menos, um autor que aplicou o WHOQOL-OLD e fez as perguntas do roteiro. Foi comunicado o motivo da pesquisa e da utilização dos instrumentos, e posteriormente duas vias do Termo de Compromisso Livre Esclarecido (TCLE), foram distribuídos para cada participante, ficando um com ele e outro com as aplicadoras.

A coleta de dados foi realizada no horário que os participantes comumente realizam atividades na ONG - às 7h - e cada entrevista durou, em média, 20 minutos. Muitos sentiram-se à vontade, a ponto de trazerem informações para além do que continha nos instrumentos (falaram bastante sobre a família, viagens, rotina, etc.).

Alguns participantes também relataram sobre como o grupo proporciona um engajamento destes em contextos sociais- tornando-os “significativos diante da sociedade- através de trabalhos manuais (crochê, tricô, bordados) que ocorre uma vez por semana. Feiras de artesanato são realizadas 2 ou 3 vezes ao ano, onde os trabalhos são vendidos com o fim de arrecadação de verbas para instituições asilares e também, para comprar mantimentos que são doados a uma instituição para doentes mentais.

A descrição dos dados foi feita por meio de frequência, média e desvio padrão. Para comparar os grupos, foram utilizados os Testes t de Student para amostras independentes e quando o pressuposto não foi atendido foi utilizado o teste U de Mann-Whitney. Também foi utilizada a Análise de Variância de um fator. Todos os dados foram

analisados pelo software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). O nível de significância adotado foi de 5%.

Resultados e discussão

A amostra foi composta por 38 idosos, participantes de uma associação localizada na Mooca- SP, com idade média de 74,1 anos (desvio padrão de 7 anos), predominando o sexo feminino (n = 34; 89,5%) e o estado civil viúvo (n=22; 57,9%). A maioria dos participantes (n=23; 60,5%) declararam não exercer sua profissão atualmente e 71% (n =27) disseram que sua renda provém da aposentadoria. Todos falaram possuir alguma religião.

Considerando que mudanças fisiológicas e corporais são inerentes ao processo de envelhecimento, é compreensível que mesmo com a prática de atividades físicas alguns problemas de saúde tenham sido citados pelos entrevistados. Porém, como apontado por Lopes (2013, citado por Ferreira & Pires, 2015), a prática de exercício físico pode acarretar na diminuição ou desaceleração do envelhecer, uma vez que melhora as condições físicas do idoso frente aos problemas e limitações que envolvem a mobilidade. Portanto, pode-se supor que apesar de 65,8% (n=25) dos participantes terem mencionado ao menos uma doença, a atividade física pode diminuir os riscos de agravamento ou surgimento de novas doenças. As doenças mais frequentes nestes idosos foram a hipertensão, óssea e colesterol. É interessante observar que apenas duas pessoas relataram doenças psicológicas, no caso, a depressão. Isto pode ser um indicativo dos benefícios da atividade física e de pertencer a um grupo, uma vez que são fatores que podem influenciar na esfera psicológica, na manutenção da autonomia e interação com outras pessoas.

Quando perguntado aos idosos quais atividades físicas eles fazem regularmente, as mais frequentes foram: caminhada (n=29) e alongamento (n=23) -sendo que estas são as principais atividades oferecidas pela ONG em que os dados foram colhidos. Também é necessário ressaltar que existem participantes que realizam práticas esportivas - hidroginástica, natação, vôlei, entre outras- em outros locais. A escolha da atividade, para 34,2% (n=13) se deu por interesse próprio e 36,8% disseram que esta busca tinha o objetivo de bem-estar (n=14). A maioria (n=31; 81,6%) reside próximo aos locais das práticas físicas.

Todos os participantes da pesquisa praticam atividade física, o que pode ter influenciado na alta pontuação expressa pelo WHOQOL-OLD, indicando boa percepção da qualidade de vida. No estudo de Mota et. al (2006) o grupo experimental, que

praticava atividade física, apresentou pontuação maior no SF-36 do que o grupo controle em todos os seus domínios.

Ferreira e Pires (2015), observaram que a prática de exercícios reduziu o uso de medicamentos, dores no corpo e houve melhorias no sistema digestório, no sono, no emocional, no social. De acordo com Dawalibi, Goulart e Prearo (2014), a ausência de enfermidades têm influência positiva na qualidade de vida. Portanto, o fato de 34,2% (n=13) da população estudada ter considerado não ter doenças, pode auxiliar na boa pontuação obtida. Quase todos os idosos (n = 35; 92,1%) perceberam progresso significativo em sua saúde e bem-estar após o início da atividade física. Este resultado também pode ter sido influenciado pelo fato de partilharem de um grupo, haja vista que durante a realização da pesquisa percebeu-se que para todos os participantes este é um aspecto relevante. Ventura (2014), verificou que apesar da procura por grupos de atividade física iniciar-se principalmente com o objetivo de melhorar a saúde, o indivíduo se mantém neste essencialmente devido às relações sócio afetivas estabelecidas.

Quando perguntado aos idosos qual o significado que eles atribuiriam ao grupo, as respostas mais frequentes referiram-se à amizade e/ou interação que compartilham neste, e também à satisfação que lhes é proporcionada por pertencerem a este. Alguns relatos estão exemplificados a seguir: “Um tudo, amizade, companhia, troca, interação, amizade”; “Muito bom, traz amizades, só tem coisa boa”. Outros participantes reforçaram a significância do grupo e também mencionaram sobre o suporte possibilitado pelo grupo no enfrentamento de situações tais como uma depressão, nestes casos pode-se dizer que a importância está na melhora que o grupo pôde proporcionar à sua vida, como algo motivador no enfrentamento de uma situação adversa; um dos entrevistados referiu-se ao grupo como o que lhe fez reviver.

No estudo de Vecchia et. al (2005), sobre o significado dado por idosos ao conceito de qualidade de vida, obteve-se que grande parte dos participantes consideram relevante dispor de uma rede social - preservando os relacionamentos interpessoais (49%), mantendo uma boa saúde (38,9%), mantendo o equilíbrio emocional. Portanto, pode-se supor que um dos motivos da elevada pontuação no WHOQOL-OLD dos idosos desta pesquisa deve-se ao fato de encontrarem no grupo uma rede social que lhes proporcionam interação e suporte emocional, sendo a média da faceta participação social a segunda maior (77,6) alcançada por esses.

Considerações finais

Percebe-se que a prática de atividade física tem impacto em diversos aspectos da qualidade de vida, como social, físico e na saúde. Uma vez que o objetivo da pesquisa era avaliar a percepção de qualidade de vida de idosos que praticam atividade física, e que os resultados apontaram para uma percepção positiva da qualidade de vida em toda a amostra, não havendo diferença entre homens e mulheres, entre quem ainda exerce uma atividade profissional e quem não exerce e nenhuma diferença na percepção da qualidade de vida de quem mora sozinho ou acompanhado.

A partir da entrevista, obteve-se a informação de que a maioria dos participantes mora perto do local onde realizam as práticas físicas, o que pode demonstrar a importância da disponibilização de espaços, em diversas localidades, que ofereçam este tipo de atividade à população idosa, como um meio de facilitar a inserção desta à prática esportiva. Ou seja, é necessário que haja políticas voltadas a esta população, que viabilizem proporcionar uma maior qualidade de vida.

Também é necessário ressaltar que a análise diz respeito a uma pequena parcela da população idosa que reside na Mooca-SP, sendo assim, seria interessante que a pesquisa fosse realizada em outras regiões, para que se possa ter maiores informações acerca da qualidade de vida de idosos que praticam atividade física nas demais localidades.

Referências

Chachamovich, E. & Fleck, M. P. A. (Coords.). (n.d). *Manual WHOQOL -OLD*. Retirado Recuperado de <http://www.ufrgs.br/psiquiatria/psiq/WHOQOL-OLD%20Manual%20Portugues.pdf>

Chachamovich, E. (2005) *Qualidade de vida em idosos: desenvolvimento e aplicação do módulo WHOQOL-OLD e teste do instrumento WHOQOL-BREF em uma amostra de idosos brasileiros* (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5779/000520088.pdf>

Dawalibi, N. W., Goulart, R. M. M., & Prearo, L. C. (2014). Fatores relacionados à qualidade de vida de idosos em programas para a terceira idade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(8), 3505-3512. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.21242013>

De Ottawa, C. (1986). Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde. *Ottawa, novembro de 1986*.

- Félix, P. R. (2015). *Atividade física na terceira idade: estudo comparativo entre praticantes de atividade física e sedentários* (Dissertação de Mestrado, Universidade da Madeira). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.13/870>.
- Ferreira, T. K. A., Pires, V. A. T. N. (2015). *Atividade Física na Velhice: Avaliação de um Grupo de Idosas sobre seus benefícios*. *Revista Enfermagem Integrada*, 8(1), 1303-1313
- Fleck, M. P. A. (2000). O Instrumento de avaliação de qualidade de vida da organização mundial da saúde (WHOQOL-100): Características e Perspectivas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38. doi: 10.1590/S1413-812320000000100004
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a ed.). São Paulo: Atlas
- LEI Nº10.741, de 1º de Outubro de 2003 (2003). *Estatuto do idoso*. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
- Mota, J., Ribeiro J. L., Carvalho, J. & Matos, M. G. (2006). Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. *Rev. bras. Educ. Fís. Esp.*, 20(3), 219-25. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/rbefe/article/viewFile/16629/18342>
- Philippi, R. S., Mazo, G. Z, Cardoso, A. S & Silva, A. H. (2007). *Qualidade de vida e nível de atividade física de mulheres idosas de Florianópolis* (Trabalho Monográfico, Centro de Ciências da Saúde e do Esporte, Universidade do Estado de Santa Catarina). Recuperado de http://www.cefid.udesc.br/arquivos/id_submenu/792/raquel_de_souza_philippi.pdf
- United Nations (2007). *World Economic and Social Survey 2007: Development in an Ageing World*. Recuperado http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. C., M. & Corrente, J. E (2005). Qualidade de Vida na Terceira Idade: Um Conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia. Associação Brasileira de Pós -Graduação em Saúde Coletiva* , 8 (3), 246-252, 2005. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11449/11992>.
- Ventura, T. S. (2014). *Significados atribuídos por idosos ao grupo de convivência de exercícios físicos e possíveis relações com a constituição da crença de auto eficácia* (Dissertação de Mestrado, Centro de Ciências do Envelhecimento, Universidade São Judas Tadeu, São Paulo). Recuperado de http://www.usjt.br/biblioteca/mono_disser/mono_diss/2014/256.pdf.

- World Health Organization (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde (Gontijo, S., trad.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Zaitune, M. P. A, Barros, M. B. A., César, C. L. G., Carandina, L., Goldbaum, M. & Alves, M. C. G. P (2010). Fatores associados à prática de atividade física global e de lazer em idosos: Inquérito de saúde no estado de São Paulo (ISA-SP), Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 26(8), 1606-1618. doi: 10.1590/S0102-311X2010000800014

DOR FÍSICA: ALGUNS APONTAMENTOS HISTÓRICOS SOBRE SUA VERTENTE PSÍQUICA

Neftali Beatriz Centurion⁶¹

Rodrigo Sanches Peres⁶²

RESUMO

A dor física constitui uma importante questão de saúde pública, pois pode provocar diversas consequências negativas. Neste estudo teórico temos como objetivo apresentar alguns apontamentos históricos sobre a vertente psíquica da dor física, com destaque para possíveis implicações psicanalíticas decorrentes das formulações freudianas sobre a histeria. De modo geral, compreendemos que a crença na existência de uma relação de exterioridade entre o indivíduo e a dor física – inclusive considerando-se uma suposta mediação pelo divino – prevaleceu por um grande período histórico. Foi apenas na Grécia Antiga, com Hipócrates, que a dor física passou a ser reconhecida como resultante de uma alteração do equilíbrio do organismo, eventualmente associada a condições emocionais. Já durante a Revolução Científica, Descartes postulou que a dor física se relacionava exclusivamente à dimensão orgânica do ser humano. A Psicanálise, porém, assumiu como premissa a indissociabilidade entre os registros físico e psíquico a partir da descoberta freudiana de que os sintomas histéricos decorrem de um conflito psíquico recalcado que é convertido para o plano corporal à custa da chamada “complacência somática”. Concluímos que tal descoberta foi fundamental para que se pudesse reconhecer a ação de fatores psicológicos na gênese e na manutenção da dor física em sua multidimensionalidade.

Palavras-chave: Dor física; Corpo; Psicanálise.

⁶¹ Mestranda pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.
E-mail: neftalicenturion@gmail.com

⁶² Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução

A dor física representa uma das mais primitivas fontes de sofrimento para o ser humano, sobretudo porque, em contraste com outras experiências desagradáveis, dentre as quais se pode destacar o frio e a fome, implicou impotência e resignação durante grande parte da História (Lobato, 2010). Entretanto, o tratamento dos fenômenos dolorosos avançou significativamente nos últimos anos, de modo que, nos dias de hoje, há diversas opções farmacológicas e não-farmacológicas que podem ser empregadas conjuntamente a partir de uma abordagem multidisciplinar. A propósito, a dor física, para a maioria das pessoas e independentemente da idade, é o principal motivo da busca de atendimento em saúde (Blyth, March & Cousins, 2003).

Brennan, Carr e Cousins (2007) asseveraram, inclusive, que o tratamento da dor física representa um direito humano fundamental. Porém, os fenômenos dolorosos, *per se*, se afiguram como uma importante questão de saúde pública na atualidade. Ocorre que, como apontaram Teixeira e Siqueira (2009), a dor física aguda acomete praticamente todas as pessoas em algum momento da vida. Já a dor física crônica tem uma prevalência que varia de 7% a 40% em populações não-clínicas. Ademais, os fenômenos dolorosos ocupam lugar central no quadro clínico de uma série de doenças e síndromes que, como a fibromialgia, podem provocar consequências negativas importantes quando não são tratadas adequadamente.

A relevância da temática também é evidenciada quando se considera que, conforme Le Breton (1999), os fenômenos dolorosos, assim como a morte, são comuns a todos os homens. Por outro lado, a dor física promove um distanciamento do sujeito em relação a si mesmo ao ameaçar a identidade de seu ser, ainda segundo o referido autor. De qualquer forma, a dor física, quando aguda, pode contribuir para a sobrevivência, atuando como um alerta para a manutenção da integridade do organismo. Já quando se cronifica, a dor física persiste mesmo após o tempo necessário para a cura de uma eventual lesão e não funciona como um sinal de alerta.

Considerar que a dor física é uma experiência vivenciada por todos não implica negligenciar seu caráter subjetivo. Afinal, os fenômenos dolorosos podem ser sentidos de diversas maneiras e em diferentes níveis em função de características individuais,

assim como são capazes de transformá-las. Tal constatação evidencia que a dor física possui uma importante vertente psíquica. Nesse sentido, este estudo tem como objetivo apresentar alguns apontamentos históricos sobre a vertente psíquica da dor física, com destaque para possíveis implicações psicanalíticas decorrentes das formulações freudianas sobre a histeria. Trata-se de um estudo teórico com enfoque reconstrutivo, cujo recorte se justifica na medida em que a obtenção de um panorama sobre como os fenômenos dolorosos vêm sendo compreendidos ao longo do tempo pode subsidiar um melhor entendimento de algumas de suas facetas que têm sido colocadas em segundo plano na atualidade, sobretudo devido à influência da racionalidade médica.

Desenvolvimento

A história da dor física torna patente que a mesma acompanha o homem desde os seus primórdios. Por volta de 7.000 a.C., conforme Teixeira e Okada (2009), os fenômenos dolorosos eram associados, principalmente, a fluidos mágicos oriundos de espíritos ou demônios que penetrariam no corpo como uma forma de castigo ou punição. Nesse sentido, na Pré-história prevalecia a crença na existência de uma relação de exterioridade entre o indivíduo e a dor física. E os referidos autores salientaram que, justamente por essa razão, os tratamentos consistiam basicamente no uso de amuletos ou outros artefatos, assim como na prática de exorcismos ou rituais semelhantes, aos quais se recorriam na tentativa de expulsar os demônios e, conseqüentemente, aliviar a dor física.

Dando um salto significativo na História de modo a avançar até a Antiguidade, é interessante destacar que a relação do homem com os fenômenos dolorosos, entre os diversos povos das primeiras civilizações, permaneceu mediada pelo divino. Na Mesopotâmia, em torno de 3.500 a.C., a dor física ainda era concebida como uma espécie de invasão do corpo por agentes demoníacos. Porém, gradativamente se constatou que o alívio da dor física seria possível, ainda que parcialmente, a custa de meios naturais, pois extratos de papoula e emplastros de sálvia passaram a ser usados no tratamento de feridas e inflamações (Teixeira & Okada (2009). Há registros de iniciativas semelhantes também no Egito Antigo, entre 1000 a. C. e 1.500 a.C., sendo que o emprego de vegetais narcóticos era comum, embora a dor física fosse frequentemente atribuída a um castigo dos deuses Sekhament e Seth, como observaram Pérez-Cajaraville et al. (2005).

Na Grécia Antiga, coexistiram diferentes tentativas de entendimento dos fenômenos dolorosos. Tal fato se torna claro levando-se em conta que, para o filósofo Aristóteles (384-32 a.C.), a dor física era concebida basicamente como um tipo específico de emoção (Le Breton, 1999). Por seu turno, Hipócrates (460-377 a.C.), considerado o pai da Medicina, atrelava a origem da dor física a um órgão interno disfuncional e compreendia a mesma basicamente como o resultado de uma alteração do equilíbrio do organismo, sendo que recorria tanto à terapêutica naturalística quanto a procedimentos cirúrgicos (Pérez-Cajaraville et al., 2005). Assim sendo, contribuiu para a superação de algumas crenças sobre a dor física remanescentes da Mesopotâmia, como observou De Marco (2003).

Cumprе assinalar que, ao relacionar a dor física a um estado de desequilíbrio do organismo, Hipócrates sustentava algo semelhante o que já havia sido preconizado pelo humanismo chinês de Confúcio (551–479 a.C.). Para tal filósofo, a dor física seria decorrente do desequilíbrio da força vital *chi*, o qual, por sua vez, seria determinado por desarmonias entre *yin* e *yang*, energias opostas que constantemente competiriam entre si (Teixeira & Okada, 2009). No mundo oriental, entretanto, os fenômenos dolorosos não eram concebidos de forma unívoca. É ilustrativo nesse sentido o fato de que, sob a influência do budismo do século V a.C., os indianos associavam a dor física à frustração dos desejos e, como consequência, localizavam sua fonte na alma, o que implicava uma supervalorização de sua dimensão emocional (Pérez-Cajaraville et al., 2005).

Com o advento do Império Romano, surgiu um certo misticismo cristão, o qual, contudo, não impediu que Galeno (131-200 d.C.) retomasse os conhecimentos estabelecidos anteriormente pelos egípcios e pelos gregos no campo da anatomia e da fisiologia e os aprofundasse de modo significativo. O referido médico e filósofo defendia que a dor física derivaria de ações relativas ao organismo, mais especificamente ao sistema nervoso e ao processo de captação de impressões externas e de transformação das mesmas em percepções conscientes (Teixeira & Okada, 2009). Mas um novo salto significativo na História, desta vez à Idade Média, ou seja, do século V ao século XV, revela que os fenômenos dolorosos readquiriram neste período o caráter de punição divina, porém desta vez sendo uma punição implementada como suposta consequência do pecado, ou seja, da transgressão ao desígnio de um único Deus.

Já no Renascimento, nos séculos XV e XVI, a ciência ganha um novo alento. Nesse contexto, Leonardo da Vinci (1452-1519), para embasar seus trabalhos como pintor e escultor, empreendeu uma minuciosa descrição anatômica dos nervos e

reforçou que o cérebro – como já havia sugerido Hipócrates e, posteriormente, Galeno – se afigurava como o motor central da dor física (Pérez-Cajaraville et al., 2005). Além disso, o filósofo francês Montaigne (1533-1592) preconizava que o bem-estar correspondia à ausência de dor física, conforme Teixeira e Okada (2009). Em função de tal posicionamento, os fenômenos dolorosos poderiam ser enquadrados como o pior mal do qual o homem padeceria. E é relevante salientar que, à época, o desenvolvimento científico não resultou imediatamente em incrementos no tratamento da dor física.

Décadas depois, durante a chamada Revolução Científica, o também filósofo francês René Descartes (1596-1650) foi o responsável pela implementação de uma concepção dualista pautada na proposição de que o homem seria formado por duas partes básicas e distintas entre si: mente e corpo. Outrossim, postulou que a dor física se relacionava ao corpo, e não à mente, posto que seria produzida exclusivamente em função da transmissão de sensações provenientes do exterior diretamente ao cérebro (Teixeira & Okada, 2009). Logo, embora tenha se apoiado nas formulações de Galeno acerca da origem da dor física, e a despeito do fato deste reconhecer a indissociação entre os registros físico e psíquico, Descartes veio a ensejar um reducionismo biológico do ser humano.

Durante o Iluminismo, no século XVIII, os fenômenos dolorosos passaram a ser compreendidos essencialmente como fruto do desrespeito às regras naturais do corpo e da vida, visto que tal movimento filosófico se baseava em um conhecimento aprofundado sobre a natureza e no reconhecimento de sua importância para o homem. Por outro lado, os vitalistas, influenciados pelos animistas do século XVII, acreditavam que tanto a saúde quanto a doença seriam determinadas pela ação de uma “força vital” que transcenderia as leis da Química e da Física, conforme Volich (2000). Nessa perspectiva, a dor física era enquadrada como uma forma de sofrimento da alma.

Já no século XIX, com o desenvolvimento da pesquisa experimental impulsionado pelo advento do positivismo, houve avanços significativos no entendimento das sensações em geral e da dor física em específico (Teixeira & Okada, 2009). Mas, quando da aproximação dos anos 1900, o médico austríaco Sigmund Freud (1856-1939) colocou em xeque o positivismo e promoveu uma importante ruptura epistemológica ao se dedicar ao tratamento de mulheres diagnosticadas como histéricas. Estas, assim como as pacientes com fibromialgia nos dias de hoje, representavam um importante desafio aos médicos, pois apresentavam sintomas físicos – inclusive dor – independentes de qualquer lesão orgânica (Costa, 2013).

Freud viabilizou a superação do dualismo cartesiano ao demonstrar, de modo incontestável, que o corpo é susceptível aos fenômenos mentais. O autor consolidou tal ponto de vista, um dos pilares da Psicanálise, ao afirmar, na primeira década do século XX, que os sintomas histéricos não seriam decorrentes de afecções orgânicas, mas, sim, de “fantasias inconscientes exteriorizadas por meio da conversão: quando os sintomas são somáticos, com frequência são retirados do círculo das mesmas sensações sexuais e inervações motoras que originalmente acompanhavam as fantasias quando estas ainda eram inconscientes” (Freud, 1908/1996, p.151).

As fantasias inconscientes às quais Freud aludia seriam o subproduto de um processo psíquico que foi descrito originalmente pelo próprio e recebeu o nome de “recalque”. Em linhas gerais, seria por meio do recalque que fantasias intoleráveis à consciência – bem como recordações e sentimentos, em um sentido mais amplo – seriam repelidas para o inconsciente. Mas o referido autor acrescentou que, na histeria, operaria também um outro processo psíquico por meio do qual os conteúdos recalcados se revelariam disfarçados em sintomas corporais dotados de valor simbólico. E foi justamente este outro processo que, no âmbito da teorização freudiana, foi designado como “conversão” (Freud, 1894/1996).

Como bem observou Birman (1999), Freud, ao descrever a conversão, se contrapôs à tradição científica dominante e, assim, esclareceu que os sintomas histéricos somente poderiam ser compreendidos a partir do recurso a uma “anatomia imaginária”. Ressalte-se que, antes de chegar a tal conclusão, porém já tendo constatado que a histeria poderia ser desvinculada de uma lesão orgânica subjacente, Freud, sob a influência do médico francês Jean Martin Charcot (1825-1893), passou a empregar a hipnose no tratamento de suas pacientes. Contudo, logo se deu conta de que, para entrar em contato com a verdadeira fonte dos sintomas, seria mais produtivo solicitar que as mesmas relatassem de forma espontânea e livre de julgamentos o que lhes viesse à mente. Com isso, Freud criou o método da associação livre, o qual veio a se afigurar como a regra fundamental da clínica psicanalítica.

Outrossim, é preciso frisar que, para Freud (1905/1996), a conversão de conteúdos recalcados somente se efetivaria à custa de um fenômeno que chamou de “complacência somática”, por meio do qual emergiriam pontos de fragilidade anatômicos dotados de valor simbólico. Com isso, os sintomas corporais da histeria – como as parestesias, as paralisias e até mesmo a dor física – seriam circunscritos a certas partes do corpo, as quais variariam de um caso para outro. Este importante pormenor conceitual deixa claro que Freud não incorreu em qualquer reducionismo psicológico em

sua teorização, pois preconizou que sintomas histéricos não se formariam com base em lesões orgânicas, assim como, paradoxalmente, não possuiriam uma determinação exclusivamente mental.

Nas primeiras décadas do século XX, possivelmente sob a influência das descobertas de Freud acerca da histeria, diversos estudos buscaram um aprofundamento sobre as possíveis relações entre o físico e o psicológico nos fenômenos dolorosos. Não obstante, sinalizando dificuldades quanto à superação da dicotomia mente-corpo, o médico inglês William Gowers, em 1904, introduziu o termo “fibrosite” para designar uma condição clínica marcada pela ocorrência de aumento da sensibilidade dolorosa acompanhado de fadiga e distúrbios do sono, a qual supostamente seria causada por inflamações do tecido muscular fibroso (Inanici & Yunus, 2004). Porém, não havia comprovação da etiologia inflamatória e, a despeito disso, a influência de fatores emocionais no surgimento da fibrosite não foi considerada relevante à época.

Somente nos anos 1980 a ausência de uma doença basal específica foi descartada como possível origem da fibrosite. Como consequência, o sufixo *ite* (inflamação, em grego) foi substituído por *algia* (dor, em grego), originando, assim, o termo “fibromialgia” (Williams & Clauw, 2010). Atualmente, este novo termo nomeia uma síndrome reumatológica predominantemente feminina cujos principais sintomas são dores musculoesqueléticas difusas e crônicas desvinculadas de alterações orgânicas passíveis de detecção, às quais tipicamente se associam alterações na memória, na atenção e no sono, além de fadigabilidade, depressão e cefaléia (Bellato et al., 2012).

Torna-se evidente, assim, a existência de um marcante entrelaçamento dos planos físico e psíquico na sintomatologia da fibromialgia. Sua etiologia, por outro lado, ainda não é clara: presume-se que a síndrome esteja relacionada a alterações no processamento da dor física no sistema nervoso, mas reconhece-se que muitos outros fatores podem exercer um papel importante no surgimento e na manutenção dos sintomas (Bellato et al. (2012). Uma extensa revisão da literatura empreendida por Malin e Littlejohn (2012) revela, inclusive, que certas características psicológicas das pacientes podem funcionar como predisponentes, precipitantes e/ou mantenedoras da fibromialgia, sobretudo por modularem reações biológicas em situações de estresse. Ou seja: também quanto à etiologia da síndrome, os planos físicos e psíquico seriam indissociáveis.

A propósito, é preciso salientar que a dor física, em um sentido mais amplo, ou seja, considerada como um sintoma que não se restringe a um quadro clínico em particular, é enquadrada na atualidade como um fenômeno invariavelmente subjetivo e definida basicamente como “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal dano” (tradução nossa) (Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain, 1994, p. 210). Tal definição, ainda que não o faça de forma explícita, reconhece a relevância da vertente psíquica dos fenômenos dolorosos.

É interessante salientar que, como já mencionado, a fibromialgia, a exemplo da histeria, torna patente uma limitação quanto ao alcance da racionalidade médica. Porém, alguns estudos psicanalíticos relacionam ambas as condições clínicas em termos sintomatológicos e até mesmo etiológicos. Em um deles, Costa (2013) assevera que tanto na histeria quanto na fibromialgia os sintomas corporais seriam determinados, basicamente, pelo recalque e pela conversão. Ademais, Slompo e Bernardino (2006) defendem que, além de sintomas semelhantes, mulheres com fibromialgia e mulheres com histeria compartilhariam de um possível fator de risco: história de vida marcada por traumas psíquicos. Por essa razão, as autoras chegam a afirmar que a fibromialgia seria, em essência, um sintoma histórico da contemporaneidade.

Contudo, não há consenso a esse respeito na literatura psicanalítica. Exemplo disso é o fato de Besset et al (2010) defenderem que a dor física e, mais especificamente, a fibromialgia, poderia se manifestar em diferentes tipos de estruturação psíquica, com variadas funções subjetivas. Na neurose, por exemplo, tratar-se-ia de uma função de apelo decorrente de uma marcante necessidade de proteção ou a uma função de resposta a um trauma. Já na psicose, tanto a dor física quanto a fibromialgia corresponderiam a uma função de apreensão dos limites corporais. De maneira semelhante, Leite e Pereira (2003) sustentam que a fibromialgia poderia ser concebida como um fenômeno passível de inscrição em personalidades de organização histórica ou psicossomática.

Tendo em vista o que precede, conclui-se que, em linhas gerais, a crença na existência de uma relação de exterioridade entre o indivíduo e sua dor física perdeu força quando a mesma passou a ser associada a um estado de desequilíbrio do organismo. Antes, porém, houve uma supervalorização da dimensão emocional da dor física, em função da qual a alma foi apontada como sua fonte. Posteriormente, este posicionamento foi considerado inconcebível pelo dualismo cartesiano. Não obstante, o

surgimento da Psicanálise atestou que o funcionamento do corpo é indissociável do funcionamento da mente. Em consonância com tal descoberta, na atualidade se admite a ação de fatores psicológicos na gênese e na perpetuação da dor física, na medida em que sua natureza subjetiva é amplamente aceita.

A história da fibromialgia, em especial, ilustra que a dicotomia mente-corpo não foi superada facilmente, pois a descrição da fibrosite pressupunha sua origem inflamatória. Atualmente, a associação de sintomas físicos e psíquicos na composição do quadro clínico da fibromialgia é valorizada. A etiologia da síndrome segue desconhecida, mas admite-se, ainda que com alguma relutância em certos segmentos do meio médico, que determinantes emocionais operam tanto em seu surgimento quanto em sua evolução. E o aprofundamento dos recentes debates na literatura psicanalítica a respeito da existência de pontos de convergência e divergência entre a histeria e a fibromialgia talvez possam vir a esclarecer questões sobre o assunto que permanecem em aberto.

Conclusão

O presente estudo buscou elencar alguns apontamentos históricos sobre a vertente psíquica da dor física, com destaque para possíveis implicações psicanalíticas decorrentes das formulações freudianas sobre a histeria, mas obviamente não esgota o assunto devido à complexidade que o caracteriza. Dessa forma, outros autores podem vir a completar as lacunas determinadas pelo recorte estabelecido face ao objetivo proposto nesta oportunidade. É preciso salientar que, como qualquer estudo teórico, este não conduz diretamente à solução de problemas vivenciados concretamente no cotidiano. Não obstante, é capaz de estimular reflexões que podem levar os profissionais de saúde em geral ao efetivo reconhecimento da dimensão emocional da dor física e, dessa forma, fomentar a construção de práticas mais alinhadas aos valores éticos indispensáveis para o cuidado humanizado.

Referências

Bellato, E., Marini, E., Castoldi, F., Barbasetti, N., Mattei, L., Bonasia, D. E., & Blonna, D. (2012). Fibromyalgia syndrome: Etiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *Pain Research and Treatment*, 426130.

- Besset, V. L., Gaspard, J.-L., Doucet, C., Veras, M., & Cohen, R. H. P. (2010). Um nome para a dor: Fibromialgia. *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 10(4), 1245-1270.
- Birman, J. (1999). *Cartografias do feminino*. São Paulo: Editora 34.
- Brennan, F., Carr, D. B., & Cousins, M. (2007). Pain management: A fundamental human right. *Anesthesia & Analgesia*, 105(1), 205-221.
- Breton, D. L. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Blyth, F. M., March, L. M., & Cousins, M. J. (2003). Chronic pain-related disability and use of analgesia and health services in a Sydney community. *The Medical Journal of Australia*, 179(2), 84-87.
- Costa, J. B. (2013). *Fibromialgia: Histeria da atualidade?* Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro.
- De Marco, M. A. (2003). A evolução da medicina. In: M A. De Marco (Org.), *A face humana da medicina: Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial* (pp. 23-41). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Freud, S. (1996). As neuropsicoses de defesa (M. Salomão, Trad.). In: J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 3, pp. 53-66). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1894)
- Freud, S. (1996). Fantasias histéricas e sua relação com a bissexualidade (M. A. M. Rego, trad.). In: J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 9, pp. 149-154). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1908)
- Freud, S. (1996). Fragmento da análise de um caso de histeria (V. Ribeiro, Trad). In: J. Salomão (Org.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (v. 7, pp. 19-116). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1905)
- Inanici, F. & Yunus, M. B. (2004). History of fibromyalgia: Past to present. *Current Pain and Headache Reports*, 8(5), 369-378.
- Leite, A. C. C., & Pereira, M. E. C. (2003). Sofrimento e dor no feminino: Fibromialgia – uma síndrome dolorosa. *Psychê: Revista de Psicanálise*, 7(12), 97-106.
- Lobato, O. (2010). O problema da dor. In: J. Mello Filho & M. Burd, M. (Org.), *Psicossomática hoje* (pp. 235-254). 2ª ed. Porto Alegre: ArtMed.

- Malin, K., & Littlejohn, G. O. (2012). Personality and fibromyalgia syndrome. *The Open Rheumatology Journal*, 6, 273-285.
- Pérez-Cajaraville, J. A., Abejón, D., Ortiz, J. R., & Pérez, J. R. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 12(6), 373-384.
- Slompo, T. K. M. S., & Bernardino, L. M. F. (2006). Estudo comparativo entre o quadro clínico contemporâneo fibromialgia e o quadro clínico histeria descrito por Freud no século XIX. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 9 (2), 263-278.
- Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain (1994). *Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Seattle: IASP Press.
- Teixeira, M. J., & Okada, M. (2009). Dor: Evolução histórica dos conhecimentos. In: O. Alves Neto, C. M. C. Costa, J. T. T. Siqueira, & M. J. Teixeira (Eds.), *Dor: Princípios e prática*. (pp. 27-56). Porto Alegre: Artmed.
- Teixeira, M. J., & Siqueira, S. R. D. T. (2009). Epidemiologia da dor. In: O. Alves Neto, C. M. C. Costa, J. T. T. Siqueira, & M. J. Teixeira (Eds.), *Dor: Princípios e prática*. (pp. 57-76). Porto Alegre: Artmed.
- Volich, R. M. (2000). *Psicossomática: De Hipócrates à Psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Williams, D. A., & Clauw, D. J. (2009). Understanding fibromyalgia: lessons from the broader pain research community. *Journal of Pain*, 10(8), 777-791.

O CONSUMIDOR E A RELAÇÃO COM O OBJETO DE CONSUMO.

Ana Luiza Tavares⁶³

Manuel Morgado Rezende⁶⁴.

RESUMO

O consumir é um comportamento constante na vida dos indivíduos, possui influências históricas, sociais e culturais, contudo a relação que os indivíduos estabelecem com os objetos consumidos abarcam um domínio de elaboração de satisfação a ser equacionado entre interno e externo. Este estudo teve como objetivo explorar aspectos da percepção do indivíduo sobre o comportamento de consumir, buscando então compreender melhor a relação estabelecida com o objeto de consumo e a influencia do estado emocional no comportamento de comprar. Utilizando-se de um método exploratório, foi elaborado questionário baseado na literatura, buscando descrever o perfil socioeconômico e a percepção do indivíduo sobre o consumir. A amostra foi composta por consumidores de uma região de comércio do ABC, sendo um total de 43 participantes, maioria mulheres (61,23%) com idade predominante entre 18 e 28 anos e os homens contabilizam 38,73% com idade semelhante. Os participantes nas outras faixas etárias de 29 a 61 anos tiveram participação em menor número. A amostra evidenciou que a maioria não executa processos de consumo quando se sentem tristes, contudo parte significativa da amostra afirma que em alguns momentos raros consome para causar mudança de humor, sendo os homens participantes que afirmaram identificar-se com este comportamento.

Palavras-chave: Consumo, objeto de consumo, relação consumidor-produto.

INTRODUÇÃO.

Pietrocolla (1987) ressalta que em países como o Brasil há concentração de consumo, principalmente nas regiões sul e sudeste e que o sistema capitalista exige que haja uma liberdade para que o indivíduo procure satisfazer suas necessidades.

⁶³Psicóloga, mestranda em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo- tavares_analuiza@yahoo.com.br

⁶⁴Professor Doutor Universidade Metodista de São Paulo. São Bernardo do Campo.

Porém, além dessa aparência, há de se relevar que essa liberdade de escolha e compra está atrelada àquilo que é vinculado no imaginário do sujeito e que estão limitadas apenas a aqueles que podem adquirir, ficando a maioria da população somente com os desejos.

Gade, (1980) faz a afirmação de que o consumo pode não estar relacionado com as urgentes necessidades ligadas a sobrevivência do indivíduo, e sim estar relacionados com uma ação escapista, que atinge diversas camadas sociais, se concretiza como um consumo de objetos simbólicos, ligados à ascensão social e/ou compensatório de uma frustração em outras áreas. Se consumindo então para escapar de uma realidade angustiante ou intolerável, para se reduzir uma ansiedade através da compra, alienando o indivíduo de sua realidade econômica.

Esta necessidade de evitar um desprazer provoca no indivíduo a busca sem qualquer sentido crítico de uma gratificação, transformando o consumo em imoderada e incontrolada prevalência dos desejos em conflito com as necessidades fundamentais ainda não satisfeitas. O ato da compra funciona como compensatória para o indivíduo em relação a uma frustração, depressão ou angústia, atua como uma muleta emocional, apoiado por um curto período de satisfação no objeto/ produto. (Schweriner, 2006)

A compensação relacionar-se-ia então com o desconforto anterior ao ato impulsivo da compra, equivalendo então ao que Freud (1978) descreve sobre um conflito em relação aos desejos, neste, o indivíduo se vê motivado a aliviar esta tensão satisfazendo seus impulsos, de certa forma o consumo para o indivíduo seria uma sublimação. Em seus escritos, no texto Mal-Estar na Civilização, Freud (1930/1974), inicialmente descreve a dissociação da percepção do ego entre o que lhe é interno e externo. Descobrir esta fronteira, segundo o autor é imprevisível, mas necessária de busca, pois quando as experiências nos mostram a incapacidade de satisfação pelos meios internos o externo torna-se uma opção para esta busca.

OBJETIVOS E JUSTIFICATIVA

A partir de estudos apresentados, pode-se supor que, como hipótese, que a relação do consumidor com o objeto poderia ser uma tentativa de evitar o desprazer, tornando então a ação em uma dependência, atrelada a um sofrimento psíquico.

Sendo assim, presente estudo visa identificar a percepção de consumidores sobre seu comportamento de compra; e a influência desse comportamento em alterações de humor.

MÉTODO

Participantes:

Participaram da coleta de dados consumidores presentes no centro comercial de Santo André. Contabilizando um total de 43 participantes caracterizando assim uma amostra de dados de cunho exploratório. A amostra foi composta em sua maioria mulheres (61,23%) com idade predominante entre 18 e 28 anos e os homens contabilizam 38,73% com idade semelhante, porém há participantes nas outras faixas etárias de 29 a 61 anos. O estado civil predominante foi o de casados (48,35%), seguido dos solteiros, por volta de 40% da amostra e os divorciados representaram 10,99%. O maior número de participantes tem renda de até cinco salários mínimos (57,75%) e a formação acadêmica da maioria é de ensino médio.

Local:

Devido o interesse no consumo de produtos em geral a amostra de participantes foi procedente num centro comercial da região do Grande ABC. Neste local concentra-se uma diversificada gama de lojas, assim, como uma diversidade do tipo de produtos comercializados.

Instrumento:

Para este trabalho foi elaborado instrumento, um questionário, baseado nas descrições encontradas na literatura sobre o tema. As questões dizem respeito aos comportamentos dos consumidores em relação ao preparo para a compra, dificuldades no controle dos gastos sobre determinados produtos, além de questões que facilitaram a identificação de variáveis que influenciem na compra desses produtos.

Procedimento:

Primeiramente, foi realizada uma aplicação piloto do questionário, em um total de 20 participantes. Após esta coleta, notou-se que o questionário elaborado possuía

muitas questões o que dificultou a adesão dos participantes ao estudo, logo o mesmo foi reformulado. Num segundo momento, os participantes da amostra do presente estudo foram abordados do lado de fora das lojas, no próprio calçadão, após efetuarem suas compras, isto para que os indivíduos se identificassem com as questões presentes no questionário elaborado. Os objetivos do estudo foram explicitados pelas pesquisadoras aos participantes, na sequência foi entregue o termo de consentimento (TCLE) para que os mesmos lessem e consentisse em participar, em seguida ao aceite entregue o questionário. A aplicação ocorreu no período de três dias, sendo que apenas os indivíduos que apresentavam algum indício de consumo foram abordados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 1: Distribuição de gênero por comportamento de comprar triste.

Comprar Triste	Gênero		
	Feminino	Masculino	Total geral
Sempre	0,70%	0,70%	1,41%
Quase Sempre	1,41%	5,63%	7,04%
Raramente	16,90%	12,68%	29,58%
Nunca	42,25%	19,72%	61,97%
Total geral	61,27%	38,73%	100,00%

A maioria dos participantes de ambos os gêneros afirmaram nunca efetuarem o consumo quando se sentem tristes. As respostas de comprar triste raramente ou quase sempre apresentaram, em comparação de gêneros, maior porcentagem entre os homens (12,68% e 5,63%)

Segundo Schweriner (2006) o comprar quando se sente triste estaria relacionado à satisfação imediata do desejo pelo produto a fim de se livrar desse sentimento não considerando o risco ligado ao comprar. Na amostra, com foco nas respostas dos

homens, não é possível indicar que se ignore o risco do consumo impulsivo, contudo existe o consumo quando se percebem tristes indicando possível ação de alteração deste humo.

Tabela 2: Distribuição do comportamento de comprar triste pelo processo de escolha da compra.

Comprar Triste	Processo de Escolha		
	Planejada	Impulso	Total geral
Sempre	1,41%	0,00%	1,41%
Quase sempre	2,82%	4,23%	7,04%
Raramente	23,24%	6,34%	29,58%
Nunca	36,62%	25,35%	61,97%
Total geral	64,08%	35,92%	100,00%

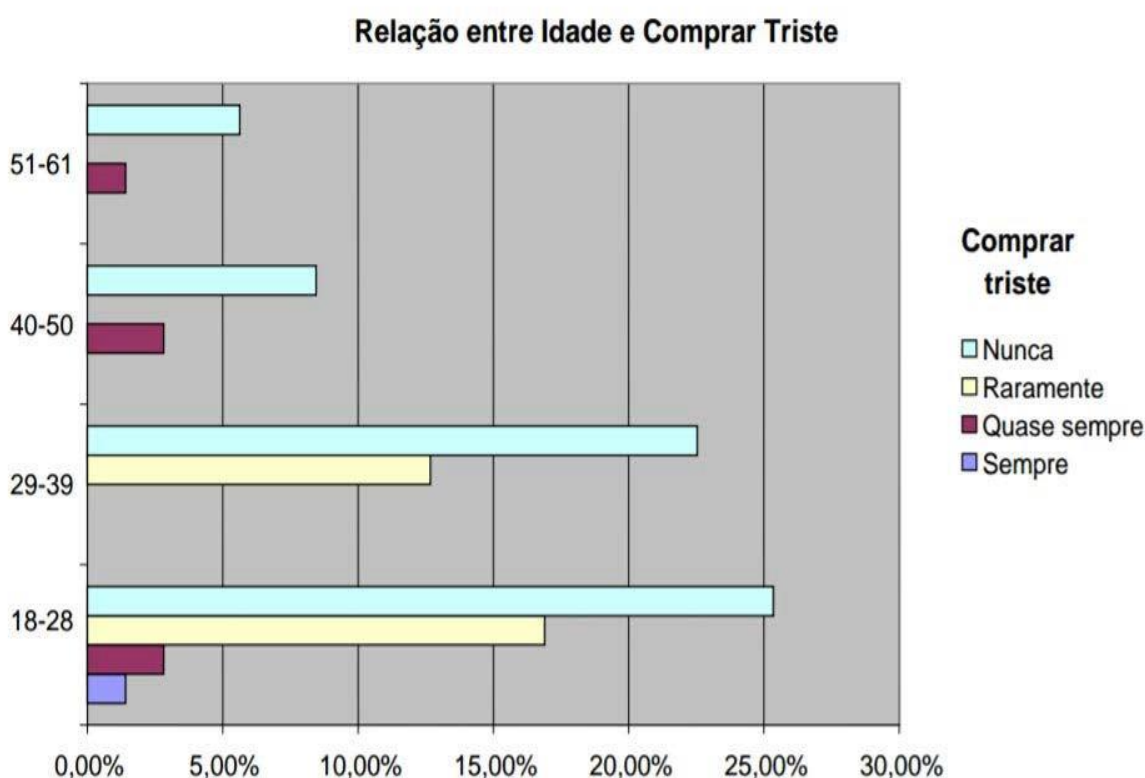
De acordo com a literatura, o desejo do ideal faz com que o consumo, aconteça sem um questionamento, se torna incontrolável, no qual prevalecem apenas os desejos em conflito com as necessidades fundamentais que não foram satisfeitas. (Schweriner, 2006).

Não foi possível identificar relação entre a ação de compra impulsiva e o humor triste indicando então que não há interferência significativa do estado emocional que contribua no comportamento de consumo impulsivo, o que foi identificado é que 23,24% da amostra afirma efetuar raramente o ato de consumo planejado quando se

sente triste, indicando possível intenção entre o ato e o humor apresentado, como forma de evitar o desprazer do sentir-se triste.

Na sua maioria, os participantes apresentam percepção de risco em relação ao consumo impulsivo, optando pelo planejamento das compras, conforme descreve Gade (1980) evidenciando a capacidade de equacionar o desejo, ou a busca pelo prazer com a realidade econômica.

Figura 1: Relação entre idade e comprar triste.



A maior frequência de resposta, considerando as idades dos participantes indica o nunca comprar triste. A segunda maior frequência de resposta indica que entra os intervalos de idade 18-28 e 29-39 existe a afirmação de raramente efetuar o consumo em estado de humor triste. Neste caso os indivíduos da amostra aparentam possuir maior percepção de risco na hora do consumo, menor sobreposição da satisfação e busca pelo prazer sobre as consequências do consumo impulsivo, possivelmente indicando que o princípio de realidade se sobreponha ao princípio de prazer. (Freud, 1974)

CONCLUSÕES

De acordo com os dados coletados os resultados apresentaram que não houve associações representativas dos gêneros e faixas etárias em relação a comprar com a satisfação de um impulso de evitar emoções ou sensações desagradáveis. O presente estudo evidenciou uma reduzida tendência de satisfação através do consumo, contudo a afirmativa encontrada nas referencias de que todo o consumo na verdade está atrelada a necessidade de satisfação do consumidor não pode ser negada uma vez que o presente estudo exploratório parte de uma parcela diminuta de dados coletados.

REFERÊNCIAS

Freud, S. (1940). Esboço de psicanálise. In:_____. Moisés e o monoteísmo três ensaios. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 151-222. (Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 23).

Freud, S (1930/1974). *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago.

Gade, C (1980). *Psicologia do consumidor*. São Paulo: E.P.U.

Pietrocolla, L. G. (1987) *O que todo cidadão precisa saber sobre sociedade de consumo*. São Paulo: Global.

Schweriner, M. E. R. (2006) *Comportamento do Consumidor: identificando necejos e supérfluos essenciais*. São Paulo: Saraiva.

ESCUA PSICOLÓGICA NO SETOR DE PSIQUIATRIA DE UM HOSPITAL NO INTERIOR PAULISTA.

Patrícia Arras Bertozzi⁶⁵

Jennifer do Nascimento Pedrero⁶⁶

Maria Luisa Louro Castro Valente⁶⁷

Resumo

O trabalho é realizado na clínica Psiquiátrica de um hospital no interior paulista. Esta clínica se constituiu após a reforma psiquiátrica, portanto tem poucos leitos e aceita apenas internações breves. O projeto possibilita a atuação prática de alunos da UNESP-Campus Assis no hospital e os estagiários buscam escutar e acolher pacientes e acompanhantes que passam por esta clínica. A estagiária visita o local uma vez por semana durante quatro horas e realiza uma entrevista semiestruturada que abrange dados da vida do paciente, suas relações familiares e histórico da doença. Posteriormente, caso o paciente ainda se encontre internado, podem ser realizados encontros semanais de curta duração. A escuta psicológica tem um papel privilegiado neste processo, podendo interagir com o paciente e/ou o acompanhante e funcionando como uma ligação entre eles. Ao conversar com um psicólogo ou um estagiário na área, os pacientes têm a oportunidade de refletir sobre suas angústias e o profissional pode fazer intervenções pontuais que caracterizam um atendimento breve. É um processo curto, porém muito rico tanto para o paciente, quanto para o estagiário que tem a oportunidade de estar no hospital vivendo esta dinâmica.

Palavras Chave: Escuta, Psicologia, Clínica Psiquiátrica.

Tema – Introdução

⁶⁵ Graduanda em Psicologia, 10º semestre/ UNESP Campus Assis, Faculdade de Ciências e Letras. p.bertozzi@outlook.com.br

⁶⁶ Graduanda em Psicologia, 10º semestre/ UNESP Campus Assis, Faculdade de Ciências e Letras.

⁶⁷ Professora Doutora UNESP/ Campus Assis, Faculdade de Ciências e Letras, Psicologia,

O trabalho é realizado por estudantes de psicologia da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (UNESP) – Campus Assis em uma clínica psiquiátrica em um hospital no interior paulista. De acordo com as Diretrizes para um Modelo de Atenção Integral em Saúde Mental no Brasil, as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais são “destinadas a internações de pacientes agudos, a priori de curta permanência para pacientes psiquiátricos sem intercorrências ou para pacientes psiquiátricos com intercorrências clínicas ou cirúrgicas que necessitem de internação em hospitais gerais” (ABP, 2014). A proposta desta clínica são internações breves, entre 15 e 30 dias, com objetivo de buscar a adesão ao tratamento e sua continuidade pós-alta.

Para Bleger (1984), o psicólogo nas instituições é uma necessidade, “o ser humano, sua saúde, sua integração e plenitude constituem o objetivo de seu trabalho profissional”. Neste ambiente os psicólogos devem ir ao encontro não só dos pacientes, mas de estratégias que sejam eficazes para o seu tratamento. A atuação de alunos no hospital condiz com Bleger (1984), quando este afirma que se faz necessário a passagem do “psicólogo clínico da doença à promoção de saúde”, devendo este profissional sair a tratar e a intervir nos processos psicológicos que afetam a estrutura da personalidade onde houver campo para o psicólogo e não apenas esperar que os pacientes procurem a clínica. Nos casos de atendimentos realizados em enfermarias, o atendimento do psicólogo, muitas vezes é interrompido pelo pessoal de base do hospital, seja para aplicação de injeções, prescrição medicamentosa em determinado horário, seja ainda para processo de limpeza e assepsia hospitalar, além de realização de exames e consultas com outros profissionais (Angerami - Camon, 1987).

O processo de hospitalização deve ser entendido não apenas como um mero processo de institucionalização hospitalar, mas como um conjunto de fatos que decorrem desse processo e suas implicações na vida do paciente. (Angerami - Camon, 1987). A psiquiatria se apresenta de forma diferente de outras enfermarias hospitalares, os pacientes em sua maioria não estão acamados, eles caminham, realizam atividades na Terapia Ocupacional, e sempre procuram alguém para conversar. Este ambiente propicia momentos para o auto-conhecimento e crescimento pessoal. Porém, muitas vezes os pacientes internados se vêem reclusos e com poucos meios para se comunicarem com as pessoas fora do hospital, podendo também esse tempo da internação ser percebido como uma prisão. Ainda que o paciente em seu processo de hospitalização esteja muito necessitado da intervenção a opção do

paciente de receber ou não esse tipo de intervenção deve ser soberana e deliberar a prática do psicólogo. (Angerami - Camon, 1987).

Objetivos

Esse estágio tem como objetivo fornecer uma possibilidade de escuta clínica e psicológica aos pacientes internados na clínica psiquiátrica e aos seus acompanhantes, além de participar de reuniões de equipe e de estabelecer contatos frequentes com os psiquiatras e as enfermeiras do setor podendo, em alguns momentos se tornar ponte entre os vários envolvidos. Além de viabilizar aos alunos uma prática da psicologia hospitalar, colocando-os em contato com profissionais da área na instituição, para uma aprendizagem mais aprimorada, tanto na parte da clínica, quanto na parte do funcionamento hospitalar, viabilizando uma experiência significativa para a sua formação. Em conjunto há supervisões teóricas para auxiliar os alunos em sua prática, proporcionando uma postura profissional técnica, científica, ética e crítica.

Relato da experiência/ Discussão

A prática se constitui na visita da estagiária ao local uma vez por semana durante quatro horas e a realização de uma entrevista semiestruturada que abrange dados da vida do paciente, suas relações familiares e, histórico da doença. A entrevista foi formulada com base nos conceitos de Ryad Simon (2005) abrangendo 4 setores: Afetivo relacional, Produtividade, Sócio-Cultural e Orgânico. O “Afetivo Relacional (A-R) compreendendo o conjunto dos sentimentos, atitudes e ações do sujeito em relação a si mesmo (intrapessoal) e ao semelhante (interpessoal)” (Simon, 2005). Pode-se entender então que o Afetivo Relacional resume todas as ações conscientes e inconscientes do sujeito nas relações intrapsíquicas e interpíquicas, e as relações vinculares que esses sujeitos possuem. “Produtividade (Pr) refere-se ao conjunto dos sentimentos, atitudes e ações da pessoa face ao trabalho, estudo ou qualquer atividade produtiva, seja de natureza artística, filosófica ou religiosa, considerada como atividade principal no período considerado” (Simon, 2005). Entende-se então que a produtividade compreende a relação do indivíduo com seu cotidiano e suas atividades, levando em conta suas ações conscientes e inconscientes. “Sócio-Cultural (S-C) abrange o conjunto dos sentimentos, atitudes e ações do indivíduo relativos à

organização social, recursos comunitários e pressões sociais, bem como aos valores e costumes da cultura em que vive” (Simon, 2005). No âmbito sócio-cultural, há a compreensão das ações psíquicas do sujeito em relação a sociedade que o permeia, a cultura e os valores. “Orgânico (Or) compreende a salubridade, o estado (anatômico) e o funcionamento (fisiológico) da totalidade do organismo da pessoa, bem como seus sentimentos atitudes e ações em relação ao próprio corpo à higiene, alimentação, sono, sexo (fisiológico), indumentária” (Simon, 2005). Por fim o âmbito orgânico define como o psiquismo do indivíduo reage aos processos biológicos dele mesmo.

Posteriormente, caso o paciente ainda se encontre internado, podem ser realizados encontros semanais de curta duração para escuta. As entrevistas ocorrem na forma de uma conversa não havendo a obrigatoriedade de se ater fielmente ao roteiro traçado. Para Dalgallarrondo (2008), uma entrevista bem conduzida depende de 3 principais fatores: o paciente e seu estado mental e emocional, o contexto institucional da entrevista e dos objetivos da entrevista. Algumas vezes não existe a possibilidade de que o roteiro seja preenchido completamente, principalmente nos casos de psicose. Também não há na ala psiquiátrica um local específico para atuação do psicólogo, as entrevistas são realizadas de acordo com a disponibilidade do paciente e de um local, podendo ser um banco no corredor, na área aberta, no quarto do paciente ou na sala dos médicos quando está disponível. Ao tratar dos fatores que impossibilitam o começo de uma análise, Moretto (2001) aponta que “Se o sujeito quer saber sobre si mesmo, ele vai demandar isso onde quer que ele esteja, independentemente de ter algo orgânico ou não”. Portanto, a falta de um setting com tempo e espaço bem definidos não deve ser um empecilho para o trabalho do psicólogo.

No período de abril a outubro de 2016 foram realizados no total 47 atendimentos, 2 com acompanhantes e 43 realizados com pacientes sendo 26 com homens e 19 com mulheres. Essa diferença no número de atendimentos é justificada com o fato de haver mais leitos masculinos do que femininos: há 10 leitos para homens e 6 para mulheres. Há uma diferenciação na distribuição de leitos, 8 são para pacientes psicóticos, 6 são para pacientes dependentes de álcool e 2 para pacientes dependentes de substâncias psicoativas, porém, nem sempre essa divisão é respeitada, podendo as internações serem feitas de acordo com a demanda. Dos 26 atendimentos masculinos, 17 responderam a entrevista e participaram de um primeiro atendimento, e 9 atendimentos foram realizados com pacientes que já haviam

conversado com a estagiária. Em relação aos 19 atendimentos femininos, 11 pacientes realizaram o primeiro atendimento, e depois a estagiária realizou durante as semanas seguintes 8 atendimentos com as pacientes que tiveram interesse.

Analisando os dados dos 17 pacientes homens, 11 estavam internados com um diagnóstico no prontuário de Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (F10) ou Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19), e foram agrupados, pois nas entrevistas as patologias se apresentavam em conjunto na maioria dos casos, 2 pessoas estavam internadas por Transtorno Afetivo Bipolar (F31) e 3 pacientes por Esquizofrenia (F20) e 1 apresentou Transtorno hipercinético de conduta (F90.1). Além disso, 2 pacientes diagnosticados com F10 possuíam um segundo diagnóstico, 1 com Demência na doença de Alzheimer de início precoce (F0) e o segundo com Esquizofrenia (F20).

Referente às pacientes femininas atendidas, das 11 internadas, 3 foram diagnosticadas com Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de álcool (F10) ou Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas (F19), 1 com Transtorno Afetivo Bipolar (F31), 3 com Esquizofrenia (F20) e 3 possuíam Transtorno de Personalidade Histriônica (F60) e 1 com Episódios Depressivos (F32). Das 3 pacientes diagnosticadas com Esquizofrenia (F20), uma também possuía o diagnóstico de Retardo Mental Moderado (F31), e outra possuía o diagnóstico de Transtorno Afetivo Bipolar (F31).

Nos pacientes de ambos os sexos diagnosticados com F10 e F19, as substâncias psicotrópicas mais utilizadas foram álcool, cocaína, crack e maconha. Entre os homens atendidos, a maior população foi de adultos entre 41 e 50 anos, as faixas etárias que abrangiam jovens com até 20 anos, homens entre 31 e 40 anos e entre 51 e 60 anos se igualaram na quantidade de atendimentos, e por último a faixa etária que apresentou menos pacientes homens foi a de pacientes com mais de 60 anos. Nenhum paciente masculino tinha acompanhante fixo, os pacientes mais jovens, com menos 20 anos relataram receber visitas com mais frequência do que os pacientes mais velhos. Já no grupo feminino, 2 faixas etárias, mulheres com até 20 anos e mulheres com idade entre 51 anos e 60 anos, se igualaram na população mais atendida, seguidos igualmente por pacientes na faixa etária de 21 a 30 anos e 31 a 40 anos. Com relação á acompanhantes, 5 internas menores de 18 estavam acompanhadas de suas mães, mas as visitas de familiares, principalmente de outras

mulheres, eram mais frequentes no relato de pacientes mulheres do que de pacientes homens.

Esses dados indicam que, a vivência de um diagnóstico psiquiátrico acompanhado de episódios de internação, pode levar ao distanciamento da família, principalmente quando de uma internação por substâncias químicas, ou de pacientes psicóticos. A falta de acompanhantes, que ocorre com a maioria dos pacientes, é um dado importante para a compreensão do dinamismo na área da psiquiatria, pois demonstram o cansaço apresentado pela família de pacientes em surto ou dependentes químicos, pela dificuldade que apresentam em receber cuidados, transferindo o compromisso do cuidado das famílias para o hospital, para poderem ter um certo alívio. Esse afastamento, acrescentado à dificuldade do paciente se manter nos serviços oferecidos pelo SUS, sinaliza uma recaída e o paciente retorna à utilização das substâncias químicas e a outros episódios de internação.

Como os pacientes, principalmente os psicóticos, mas também os dependentes, são internados em estado alterado, sendo no caso dos psicóticos um estado de surto, são necessários aos estagiários e aos profissionais da psiquiatria, preparo para trabalhar em situações que o paciente não está em pleno contato com a realidade. Aos estagiários e profissionais cabe esperar alguns dias para que os medicamentos atuem no paciente antes de começar algum tipo de intervenção pela fala. A prática dos estagiários assim como dos profissionais deste setor é vinculada a um sentimento de impotência diante da impossibilidade de atuar com esses pacientes, principalmente sem o efeito da medicação.

Tendo em vista essa situação, é possível dizer que o trabalho do psicólogo nessas instituições é imprescindível, pois oferece um apoio ao paciente e tenta minimizar suas angústias. Segundo Angerami – Camon (1988) “O paciente ao ser hospitalizado sofre um processo de total despersonalização. Deixa de ter seu próprio nome, e passa ser um número de leito, ou então alguém portador de uma determinada patologia.” É possível observar, também, que nessas instituições muitos pacientes se encontram internados contra sua vontade, com um adicional de estarem sozinhos, sem um acompanhante e receberem medicações que têm como objetivo controlá-los afetando ainda mais seu estado emocional, o que pode dificultar sua recuperação. “A Psicoterapia independentemente de sua orientação teórica tem como seus principais objetivos levar o paciente ao autoconhecimento, ao crescimento e à cura de determinados sintomas. O enfeixamento desses objetivos, ou, ainda, algum deles

isoladamente, desde que leve o paciente a um processo pleno de libertação existencial, é, por assim dizer, o ideal que norteia o processo psicoterápico”. (Angerami – Camon, 1988).

Os leitos desta clínica psiquiátrica funcionam como um local para desintoxicação onde o sujeito se vê por um tempo breve afastado de sua realidade, para depois ser reinserido na comunidade. A escuta psicológica tem um papel privilegiado neste processo, podendo interagir com o paciente e/ou o acompanhante e funcionando como uma ligação entre eles. Para Speroni (2006), o lugar do psicólogo no hospital consiste em um lugar de escuta, mas de uma escuta diferenciada e privilegiada, na medida em que é a porta de entrada para um mundo de significados e sentidos. Ao conversar com um psicólogo ou um estagiário na área, os pacientes têm a oportunidade de refletir sobre suas angústias e o profissional pode fazer intervenções pontuais que caracterizam um atendimento breve. É um processo curto, porém muito rico tanto para o paciente, quanto para o estagiário que tem a oportunidade de estar no hospital vivendo esta dinâmica. Para Moretto (2001), “Um analista não deixa de ser isso, um lugar onde as pessoas encontram um saber sobre si mesmas, mas supõem, por transferência, que este saber está no outro-analista”.

Por fim, conclui-se que apesar de o psicólogo não tratar da doença em si, proporcionando uma cura para o sintoma apresentado, muito pode ser feito em relação ao paciente consigo mesmo e seu sofrimento psíquico. O psicólogo tem um papel ativo através da escuta para assim lidar com as fantasias dos pacientes seja do hospital como local de cura ou como uma prisão. Para além da escuta, o trabalho também consistiu em intervenções pontuais, que apesar de breves pela característica do ambiente hospitalar, objetivava trazer o paciente à realidade para conseguir lidar com sua angústia. O trabalho também propiciou para a estagiaria possibilidade de aprender na prática os conceitos teóricos estudados e proporcionou uma aprendizagem clínica de formas de atuação para lidar com diferentes tipos de sofrimento e que funciona sem um setting previamente estabelecido.

Referencias

Angerami - Camon, V.A. (1987) *Psicologia Hospitalar: teoria e prática*. São Paulo: Traço.

Angerami - Camon, V.A. (1988) *A psicologia no hospital*. São Paulo: Traço.

Associação Brasileira De Psiquiatria – ABP. (2014) *Diretrizes para um modelo de assistência integral em saúde mental no Brasil*. Brasil.

Botega, N. J. (2006) *Prática psiquiátrica no hospital geral: interconsulta e emergênci*. (2a ed.) Porto Alegre: Artmed.

Bleger, José. (1984) *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Dalgarrondo, Paulo. (2008) *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. (2a ed) Porto Alegre: Artmed.

Moretto, M. L. T. (2001) *O que pode um analista no hospital?*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Simon, Ryad (2005). *Psico-Terapia Breve Operacionalizada: teoria e técnica* (1^a ed.) São Paulo: Casa do Psicólogo.

Speroni, A. V. O lugar da psicologia no hospital geral. (2006) *Rev. SBPH*, 9 (2).

PSICOLOGIA FORENSE E PSICOPATOLOGIA: CONSIDERAÇÕES ACERCA DO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Solange Miranda⁶⁸

Aline de Souza Gonçalves⁶⁹

Mônica Natali Santos⁶⁷

Silvia Regina Dos Santos⁶⁷

Samara Mamede de Paula⁷⁰

Lilian Pereira de Medeiros Guimarães⁷¹

Resumo

Os crimes cometidos com requintes de crueldade sempre ganham destaque pelo seu caráter absurdo, violento e às vezes sem nenhuma explicação que justifique a ação. A violência é multifacetada, não se restringe somente aos atos de grandes proporções, algumas vezes a violência se utiliza de situações não explícitas, incluindo-se nesta parte da violência: o racismo, preconceito, ofensas, calúnia, misoginia e difamação. Assim o estudo da Psicopatologia Forense é de grande importância para a Psicologia Jurídica, pois, os portadores de transtornos de personalidade se envolvem, com certa frequência, em condutas criminosas e, conseqüentemente em processos judiciais, especialmente. Baseando-se nisso, o presente artigo teve como objetivo fazer um levantamento bibliográfico com pesquisa nos bancos de dados sobre as psicopatologias com maiores incidências criminais e como são feitas as análises, intervenções e possíveis tratamentos na psicologia forense criminal.

⁷²Palavras chaves: psicologia, transtornos, jurídico, crimes.

⁶⁸ Graduanda do 9º período do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de São José dos Campos- SP psicologialindas@gmail.com

⁶⁹ Graduandas do 9º período do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de São José dos Campos- SP

⁷⁰ Graduanda do 10º período do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de São José dos Campos- SP

⁷¹ Doutora pela PUC- Campinas em Psicologia como Ciência e Profissão e professora do curso de Psicologia da Faculdade Anhanguera de São José dos Campos- SP

Introdução

No Brasil e no mundo, observa-se uma efetiva participação do profissional da psicologia no contexto do judiciário. Este profissional é reconhecido como Psicólogo Jurídico. Diferenciando-se na categoria não só pelo contexto em que está inserido, mas pela sua técnica especializada, a qual exige capacitação e conhecimento da ciência jurídica, conquista profissional que o qualifica e o restringe. A questão é como atua, na prática, esse profissional (Souza, 2014).

Para Trindade (2008) o estudo no campo psicológico jurídico tem a ver com a personalidade psicopata do ser humano e com os efeitos produzidos pelas suas ações dentro da sociedade e no campo do Direito, por isso, ao analisar o comportamento humano a psicologia procura explicar a personalidade humana para ai o campo do Direito analisar se determinado agente psicopata pode ser devidamente punido pela lei, especialmente no que tange ao Direito Criminal.

No âmbito do judiciário e diante da ótica de cada ciência, os conflitos humanos são uma realidade que produz enormes e diferentes questionamentos. Onde a visão do todo pode ficar comprometida, se camuflando por um discurso social e uma incompreensão semântica, em que a verdade dos fatos, juridicamente relevantes, se perde. E assim, falando línguas diferentes, erros inferenciais podem ser produzidos e a informação distorcida, acarretando falhas interpretativas da qual ninguém se dá conta, a não ser, claro, a vítima, o autor e o grupo social em que se inserem (Souza, 2014).

Popolo (1996) *apud* Fátima (2004) ressalta a importância de os profissionais, que são peritos, reconhecerem o limite de sua perícia, pois se trata de conhecimento produzido a partir de um recorte da realidade. Assim, deve-se reconhecer a limitação do conhecimento da conduta por meio da perícia. Neste contexto, torna-se necessário verificar a confiabilidade e a validade dos instrumentos e do modelo teórico utilizado, a fim de verificar se os mesmos respondem ao objetivo do procedimento. Em virtude dessa limitação do conhecimento produzido, torna-se imperativa a compreensão interdisciplinar do fenômeno estudado para melhor abordá-lo em sua complexidade.

De acordo com Rovinski (2004), o trabalho de um psicólogo na clínica é totalmente diferente do psicólogo forense até sobre as técnicas utilizadas, a avaliação em consultório o paciente apresenta-se de vontade própria, e aquela feita dentro das representações jurídicas no qual o status de clientes surge pela relação de dependência com o marco legal, embora se observe que na prática que alguns psicólogos que ingressam nessa área tendem a repetir um padrão de relacionamento

com os periciados, como com os que na clínica geralmente o único recibo em sua formação de graduação esse tipo de conduta gera uma série de conflitos e gerando procedimentos não éticos. É importante que o psicólogo compreenda as especificidades do seu papel e de seu relacionamento com periciado agindo de modo mais independente na solução do impasse que surgem com frequência (Rovinski, 2004).

Instrumentos de Avaliação

De acordo com Rovinski (2004), o objetivo da avaliação forense frequentemente dirige-se a eventos definidos de forma mais restrita, relacionados ao foco determinado pelo sistema legal. O objetivo final será sempre responder a uma questão expressa pelo juiz. Diante disso, a busca de recursos que instrumentalizem o psicólogo nessa avaliação é vital para o diagnóstico.

Segundo Rovinski e Elgues (1999) apud Davoglio, (2010), uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul com psicólogos forenses constatou que 87% dos pesquisados utilizavam instrumentos além da avaliação clínica, preferencialmente, técnicas projetivas e gráficas. A tendência à utilização de instrumentos padronizados na Psicologia Forense é comum em outros países, ainda que estes nem sempre atendam as especificidades de avaliação decorrente da demanda legal, no que se refere à relevância e credibilidade.

Sem a intenção de esgotar o tema, este artigo teórico discute as implicações da presença de comportamentos antissociais e traços psicopatas no âmbito da avaliação psicológica forense, priorizando o contexto brasileiro. Dando ênfase às técnicas e instrumentos de avaliação, partiu-se de uma revisão da literatura em base de dados (Medline, Pubmed, Scielo) e em material bibliográfico relacionado, com a utilização de descritores amplos, em inglês e português, como: Avaliação Forense, Psicopatia, Transtorno de Personalidade Antissocial. O material encontrado foi publicado, principalmente, nas últimas duas décadas, sendo que as publicações nacionais são bastante reduzidas em relação às internacionais (Davoglio, 2010).

O campo que trata da intersecção entre a Psicologia e a deliberação legal ainda é carente de pesquisas empíricas no Brasil, a despeito da sua relevância e aplicabilidade social. Este campo tem por função produzir conhecimentos nesta interface, investigando como os conteúdos e processos psicossociais, presentes no contexto social da deliberação forense, impactam na tomada de decisão de jurados, juízes, promotores e advogados de defesa. Entende-se que o contexto de deliberação forense

é uma situação social particular, regida por regras da doutrina jurídica, mas como qualquer situação social, a forma como os indivíduos envolvidos interpretam e se comportam exerce um papel importante sobre os resultados da deliberação (Pilati e Silvino, 2009).

Ainda segundo Pilati e Silvino (2009), a interface psicologia social e lei é relativamente antiga e possui pujante produção científica na literatura internacional. Esta produção científica abarca uma grande variedade de tópicos e adotam múltiplos referenciais teóricos da psicologia, sociologia, antropologia e direito. Há uma grande quantidade de tópicos de interesse, o que resulta em diversidade de contribuições teóricas e metodológicas.

Afonso e Senra (2015), apontam que o ensino de Psicologia Jurídica se encontra da seguinte forma: O Sudeste brasileiro encontra-se como o primeiro indicado em que diz respeito à quantidade de estados pertencentes e a quantidade de estados que apresentam a pós-graduação, sendo composto por quatro Estados, no mesmo encontra-se destes três em que há a presença de pós-graduação, somente o estado isento da mesma é o Espírito Santo. O Nordeste está abaixo, o mesmo é composto por nove estados, sendo destes, cinco tem a presença da pós-graduação. Os autores analisam que o percurso histórico da área de especialização em Psicologia Jurídica indicou pouca exploração dentro do campo acadêmico. Taborda (2004) apud Flávia (2014), afirma que em uma avaliação pericial é comum que a simulação se faça presente, pois o examinando poderá omitir informações que possam prejudicá-lo e potencializar as que ele acredita que possam auxiliá-lo. Deste modo, o “perito deverá estar atento a essa possibilidade e buscar confirmar por fontes colaterais a fidedignidade do que é afirmado” pelo examinando em sua entrevista.

Segundo Carolo(2005), existem muitas críticas acerca dos critérios diagnósticos de simulação indicados pelo DSM-IV, devido ao fato da existência de uma grande diversidade de condutas enganosas na realidade clínica. Existem muitos transtornos em que o indivíduo mente, engana ou não coopera, o que pode levar a classificar como simuladores sujeitos com transtornos reais; ou seja, um falso positivo.

Possíveis relações entre psicopatologia e o crime

A sistematização do estudo do crime teve início com as escolas penais clássicas, positiva e neoclássica ou técnico-jurídica e, com ela, o sistema penal, que se refere ao conjunto de instituições que cria e aplica as normas penais. Junto com o crime vem a repetição do mesmo ato, ou seja, a reincidência criminal (recair, repetir o ato), em que

a prática do delito consiste na violação do direito (Feres, 2010). O autor ainda faz menção que Sá (1987) concluiu após pesquisar os fatores que caracterizam o criminoso reincidente, que a reincidência é determinada por fatores sócio sistêmicos, sócio familiares e psicopatológicos.

Segundo Sacramento (2012), o estudo da Psicopatologia Forense é de grande importância para a Psicologia Jurídica, pois, os portadores de transtornos de personalidade se envolvem, com certa frequência, em condutas criminosas e, conseqüentemente em processos judiciais, a personalidade psicopática ou a psicopatia se refere a uma personalidade transtornada que apresenta uma tendência a práticas criminosas, com padrão recorrente especialmente, aqueles que apresentam características do transtorno de personalidade antissocial (TPA).

Miranda (2009), Dalgarrondo, Teixeira e Pereira (2007) consideram diversas questões que possam ter ligação entre os índices de TPA e esquizofrenia e atitudes violentas, como as hipóteses biológicas, psicológicas, sociológicas, antropológicas, políticas e culturais. Pois algumas vezes a violência se utiliza de situações não explícitas, mas que causam danos significativos para o funcionamento psíquico e social da vítima; incluindo-se nesta parte da violência: o racismo, preconceito, ofensa, calúnia e difamação.

Porém, a Psicopatia não é sinônimo de personalidade antissocial, pois nem todo portador deste TPA age criminalmente. Assim sendo, apenas uma pequena parcela da violência deve ser atribuída à pacientes psicóticos, mais especificamente aos sujeitos com esquizofrenia ou TPA, principalmente em nosso país. Para Valença e Moraes (2006) e Masi (2015) relacionam o fato da Psiquiatria Forense brasileira não considerar os transtornos de personalidade como doenças mentais, mas sim meras perturbações da saúde mental, ao pouco acesso a exames específicos para comprovar, objetivamente, a ocorrência de tais transtornos através das quais o examinador infere o transtorno de personalidade. Portanto, trata-se de uma condição subjetiva e que depende muito da qualificação e experiência do examinador.

Apesar das limitações metodológicas, alguns aspectos da psicopatologia aguda da psicose, comorbidade com álcool/drogas ou transtorno de personalidade parecem estar intensamente relacionados à presença de comportamento violento entre pacientes psicóticos. O abuso de substâncias relacionado ao crime é ainda mais importante dado o aumento nas estimativas da comorbidade desse abuso com esquizofrenia e sua relação também com baixa adesão ao tratamento e aumento no índice de admissão hospitalar (Teixeira, Pereira e Dalgarrondo, 2007).

Pacientes com TPA, em termos de conteúdo mental, sempre revelam uma ausência de delírios e outros sinais de pensamentos irracionais, demonstrando, pelo contrário, um aumentado senso de realidade, bem como uma boa inteligência verbal. Geralmente, pessoas com o referido transtorno se apresentam como normais extremamente, simpáticas e cativantes e na maioria dos casos, em sua infância e adolescência, apresentavam Transtorno de Conduta. Contudo, seus históricos irão revelar mentiras, fugas de casa e da escola, brigas, o abuso de drogas e atividade ilegais (Kaplan, Sadock e Grebb, 1997 in apud Sacramento, 2012)

Segundo Miranda (2009) os crimes cometidos com requintes de crueldade sempre ganham destaque pelo seu caráter absurdo, violento e às vezes sem nenhuma explicação que justifique a ação há dúvidas sobre a sanidade mental do agente agressor, sugerindo uma possível doença mental como causa ou fator determinante para os atos mais terríveis e temíveis da violência humana. Diversas questões a respeito vêm sendo discutidas ao longo dos anos, tais como: as hipóteses biológica, psicológica, sociológica, antropológica, política e cultural.

Ainda para Miranda (2009, apud Teixeira e Dalgalarrrondo, 2008, P.171-173) outra visão sobre violência e criminalidade, é a participação de pessoas com transtornos mentais, insere-se neste contexto uma relação complexa de doentes e doenças com exposição à violência. Alguns indivíduos com esquizofrenia são mais prováveis de serem violentos do que a população geral, entretanto em relação a toda a violência social, a participação destes é muito pequena estatisticamente no mapa da criminalidade. E o principal fator motivador para os atos de violência nestes pacientes é o delírio, principalmente o delírio com conteúdo de controle ou paranóide.

A violência é multifacetada, não se restringe somente aos atos de grandes proporções, causando nas vítimas sérios danos físicos, psíquicos e sociais. Algumas vezes a violência se utiliza de subterfúgios, situações não explícitas, mas que causam danos significativos para o funcionamento psíquico e social da vítima inclui-se nesta parte da violência: o racismo, preconceito, ofensa, calúnia e difamação (Miranda Filho, 2009).

De acordo com Teixeira, Pereira e Dalgalarrrondo (2007), embora as evidências estatísticas e empíricas indiquem a existência de uma relação entre crime violento e psicose, isto apenas representa uma pequena parte da violência ocorrida na comunidade. É bastante plausível que em países como Brasil, no qual a violência e a criminalidade têm intensa associação com condições socioeconômicas, como as que se verificam nos bolsões de miséria das periferias das grandes e médias cidades

brasileiras, o percentual dos crimes associados a transtornos mentais graves seja ainda menor.

Há um desvio considerável entre o comportamento e as normas sociais estabelecidas. O comportamento não é facilmente modificado pelas experiências adversas, inclusive pelas punições. Existe uma tendência a culpar os outros ou a fornecer uma explicação plausível para justificar um comportamento que leva o sujeito a entrar em conflito com a sociedade (Carvalho e Suecker, 2011).

O aspecto central do transtorno de personalidade antissocial envolve a capacidade de envolver outras pessoas em artifícios e manipulações, e se manifesta a partir de um padrão de comportamento típico, caracterizado pela repetição e persistência de violação aos direitos de outras pessoas ou de regras sociais importantes, que, no mais das vezes, incluem desde a agressão a pessoas ou animais, até a destruição de propriedade, furtos, e outros comportamentos desviantes (Gomes Junior, 2011).

Aponta-se como sintoma mais importante do Transtorno de personalidade antissocial a completa ausência de ansiedade ou sua manutenção em baixos níveis a partir de uma estratégia de evitação ou controle dessa ansiedade ou de culpa. Em razão dessa característica, os indivíduos com este transtorno tendem a ser impulsivos e passam a ter atitudes temerárias, além de um padrão de intolerância à frustração que, por sua vez, determina um padrão de agressão reativa. Do ponto de vista cognitivo, a principal observação a ser feita é que "a maioria das pessoas com Transtorno de personalidade antissocial parece incapaz de beneficiar-se de punição" (Holmes, 1999 in ~~apud~~ Gomes Junior, 2011).

De acordo com Lacerda Neto e Oliveira (2014), a psicopatia pode ser diferenciada de outros transtornos de personalidade, baseado em suas características de sintomas interpessoais: egocêntricos, manipuladores, determinados e frios. Apresentam labilidade, superficialidade emocional, incapacidade de manter vínculos estáveis e falta de sentimento de remorso ou culpa e comportamentais: criminalidade e uso de substâncias psicoativas.

Para Valença e Moraes (2006), programas de tratamento com múltiplas abordagens, visando atingir problemas específicos apresentados pelos pacientes (manejo de sintomas, abuso de substâncias, déficits de habilidades sociais e transtornos de personalidade) são mais efetivos do que abordagens tradicionais, centradas unicamente no tratamento farmacológico, podendo, desta forma, contribuir para prevenção do comportamento violento ou homicida. É importante que os serviços de saúde mental trabalhem para prevenir a perda de contato e não-aderência ao

tratamento, que frequentemente precedem o homicídio cometido por pessoas com transtornos mentais graves. Também é fundamental que a sociedade e autoridades governamentais atenuem barreiras de acesso a tratamento psiquiátrico e psicossocial.

Conclusão

Com esse estudo bibliográfico acerca dos transtornos de personalidade anti-social e condutas criminosas, percebe-se que se faz necessários mais estudos para levantamento de dados sobre esse tema. Faltam investimentos em instrumentos de avaliação, pois como se observou os instrumentos de avaliação psicológica forense, no Brasil, são praticamente os mesmos instrumentos utilizados na avaliação psicológica clínica. Talvez a criação de mais instrumentos de avaliação específicos para responder às demandas judiciais, os chamados ``Forensic Assessment Instruments`` (FAIS - Instrumentos Específicos de Avaliação Forense), seriam mais úteis e precisos para que se possa avaliar comportamentos relevantes às questões judiciais. Esses instrumentos buscam garantir a padronização de métodos quantitativos com os quais se possa observar; identificar e medir comportamentos diretamente relevantes às questões legais sobre as competências e capacidades humanas.

Investimentos em cursos específicos e capacitação de profissionais em tratamentos e intervenções também seriam viáveis, além de haver a necessidade de que a sociedade e autoridades governamentais diminuam certas barreiras de acesso ao tratamento psiquiátrico e psicossocial. O desenvolvimento de programas de tratamento com múltiplas abordagens visando atingir problemas específicos apresentados pelos pacientes tendem a ser mais efetivos, mas se faz necessário também que os serviços de saúde mental trabalhem para prevenir a perda de contato e não-aderência ao tratamento, o que pode preceder crimes graves envolvendo esse tipo de paciente.

Referências

- Afonso L. A.; Senra, L. X, 2015.**Panorama Histórico da Regulamentação da Especialização em Psicologia Jurídica no Brasil**. Psicologia.pt, Minas Gerais. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0858.pdf>>. Acesso em: 22 mar 2016.
- Carvalho T. S.; Suecker B. H. K, 2011. **Transtorno de personalidade antissocial: aspectos clínicos a possível influência genética no perfil crimógeno**

de psicopatas. ed. Novo Hamburgo- RS: Feevale, cap. 01, p. 11-11. v. 01. Disponível em: < <https://books.google.com.br/books>>. Acesso em: 07 mai 2016.

Carolo R. M. R, 2005. **Psiquiatria e psicologia forense: suas implicações na lei.** Disponível em:<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0278.pdf>>. Acesso em: 06 mai 2016

Davoglio T. R, Argimon I. I. L, 2010. **Avaliação de comportamentos antissociais e traços psicopatas em psicologia forense.** Aval. psicol., Porto Alegre , v. 9, n. 1, p. 1111-118. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>>. Acesso em 21 mar 2016.

França, F, 2007 **Reflexões sobre psicologia jurídica e seu panorama no Brasil.**Psicol. teor. prat., São Paulo , v. 6, n. 1, p. 73-80. Disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo>>Acesso em 09 mar 2016.

Feres, C. R. et al. 2010. **Criminologia: avaliação psicológica de grupos de criminosos do sistema penitenciário do estado de São Paulo.** Revista USP, Brasil, n. 53, p. 153-164. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/revusp/article> >. Acesso em: 21 mar 2016.

Gomes Junior, C. W, 2011. **Transtorno de personalidade antissocial e criminalidade: pena ou tratamento?**

Disponível em: <<http://jus.com.br/artigos/>. Acesso em: 11 mar. 2016.

JUNG, Flávia Hermann. **Avaliação Psicológica Pericial: Áreas e Instrumentos.** 2014. Disponível em: <<http://www.ipog.edu.br>>. Acesso em: 21 maio 2016.

Lacerda Neto, Moisés B. O, David J, 2014. **Psicologia criminal: uma abordagem acerca da possibilidade de reabilitação do psicopata.** Disponível em:<<http://www.webartigos.com/artigos/>. Acesso em: 13 mar.2016.

<<http://www.scielo.br/>. Acesso em: 02 maio 2016.

Masi C. V. 2015. **O transtorno de personalidade antissocial e a inadequação de seu tratamento legal no direito penal brasileiro.** Disponível em:<<https://www.masterlex.com.br/blog/artigo/>. Acesso em:07 maio 2016.

Pilati R; Silvino M. D.A, 2009. **Psicologia e deliberação legal no tribunal do júri brasileiro: proposição de uma agenda de pesquisa.** Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre , v. 22, n. 2, p. 277-285. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo.>>. Acesso em: 21 mar. 2016.

- Rovinsk I S, L. R. 2004. **Fundamentos da psicologia forense**. In: SONIA, L.R. Rovinski. Fundamentos da psicologia forense. Ed. São Paulo: Vetor, p. 19-55. v. 6.
- Sacramento L. T, 2012. **Psicopatologia Forense e o caso Chico Picadinho: estória pregressa e primeiro assassinato**. Disponível em: <<http://www.redepsi.com.br/>>. Acesso em: 13 mar. 2016.
- Souza C. J, 2014. **Psicologia Jurídica: encontros e desencontros em sua prática**. Poder Judiciário da União, Brasília. Disponível em: <<http://www.tjdft.jus.br/>>. Acesso em: 20 mar 2016
- Teixeira E. H. ,Pereira e Dalgalarondo, 2007. **Esquizofrenia, psicopatologia e crime violento: uma revisão das evidências empíricas**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em:13 mar. 2016.
- Trindade J, 2008. **Manual de Psicologia Jurídica para operadores de Direito**. 3ºEd. Porto Alegre : Editora Livraria do Advogado,2008.
- Valença A. M, Moraes T. M, 2006. **Relação entre homicídio e transtornos mentais**. *Rev. Bras. Psiquiatr.*[online], vol.28, suppl.2, pp.s62-s68. ISSN 1809-452X. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 02 maio 2016.

O LUGAR DA CRIANÇA NA ENTREVISTA DIAGNÓSTICA COM OS PAIS

Maria Salete Lopes Legname de Paulo⁷³

RESUMO

A autora busca refletir sobre o atendimento integrado dos pais e criança nas entrevistas iniciais de Psicodiagnóstico. Fundamentação teórica é psicanalítica de Klein, para compreensão da hora de jogo, e Winnicott quanto ao modelo de “Consulta Terapêutica”, como espaço potencial para o contato com o mundo interno e possíveis mudanças. Nessa proposta apresenta a entrevista diagnóstica compartilhada dos pais e criança, utilizando material lúdico oferecido à criança enquanto a anamnese é realizada, em contexto de atendimento em clínica-escola e consultório particular. A criança acompanha o diálogo dos pais com a psicóloga e expressa simbolicamente por meio do jogo sua visão sobre os fatos que estão sendo comentados. O jogo da criança é um meio de comunicar sua própria demanda. A complexa constituição da subjetividade que lidamos ao atender uma criança se estrutura a partir do interjogo intrasubjetivo que inclui os pais. Relata material clínico nos modelos: Triagem Interventiva e Psicodiagnóstico Interventivo sempre utilizando a Técnica Lúdica Compartilhada. Resultados mostram que a técnica tem enriquecido a compreensão da clínica infantil e suas dificuldades, integrando os pais num brincar compartilhado. Concluímos a validade da entrevista lúdica compartilhada como contribuição para ampliar o alcance da clínica e compreender a criança em seu sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Psicodiagnóstico; Hora de Jogo; Intervenção; Psicanálise

Introdução

⁷³ Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social da USP

Universidade Metodista de São Paulo

A clínica de atendimento infantil sempre se apresenta com novos desafios o que naturalmente leva-nos à necessidade do desenvolvimento de novas abordagens que possam adaptar-se à alta demanda da população associada às condições limitadas disponíveis principalmente nas instituições, ou mesmo para nos adaptarmos às novas condições da vida moderna.

A experiência como docente e supervisora de Psicodiagnóstico e Ludoterapia, bem como a prática clínica e de pesquisa, tem permitido expandir a técnica das entrevistas iniciais de atendimento infantil.

Este trabalho tem o objetivo principal de refletir sobre a possibilidade de uma abordagem de atendimento integrado dos pais e criança nas entrevistas iniciais de diagnóstico e introdutórias à ludoterapia, utilizando a hora de jogo integrada à entrevista diagnóstica. A finalidade principal é investigar o motivo da consulta, conhecer a realidade da criança e sua versão sobre os mesmos fatos que estão sendo discutidos. A pesquisa clínica relacionada ao tema tem sido elaborada a partir dos atendimentos realizados em Clínica-Escola de uma faculdade de Psicologia de São Paulo e da experiência clínica da autora.

Consulta Terapêutica e Ludodiagnóstico

A obra de Klein é a maior contribuição para a Psicologia Infantil e é a abordagem teórica, juntamente com a teoria de Winnicott, que sustenta este trabalho, quanto a compreensão da subjetividade e do dinamismo psíquico. Klein (1932/1975) já havia afirmado que logo nas primeiras sessões a criança começa a ter um *insight* da utilidade e do valor da análise, pois o alívio da angústia, a partir do enquadre da técnica lúdica, serve como incentivo para prosseguir e colaborar, o que prova sua capacidade para compreender a situação de enfermidade e o desejo de curar-se. Mesmo crianças muito pequenas sentem-se movidas pela angústia e severidade do superego que operam como um impulso contínuo de compulsão à repetição que se manifesta na atividade lúdica.

Dando continuidade às investigações de Freud, Klein (1923/1979) criou a técnica do jogo baseada no pressuposto de que a criança brinca para vencer realidades dolorosas e dominar medos instintivos projetando-os nos brinquedos. Esse mecanismo é possível porque a capacidade de simbolizar é precoce na criança e o brincar é sua forma de expressão natural. A atividade lúdica da criança tem uma finalidade e um sentido e funciona como comunicação, como a associação livre dos adultos. O mecanismo de deslocamento dá importância aos brinquedos que ficam carregados de

carga afetiva pela projeção; ao mesmo tempo que podem ser refúgio contra a ansiedade, que muito intensa na infância e impulsiona o movimento de compulsão à repetição simbólica nos brinquedos. A criança expressa fantasias e angústias e domina medos instintivos projetando-os nos brinquedos. Interpretar seu significado revela a situação psicológica infantil. Os jogos, assim como os sonhos e os desenhos, são atividades plenas de sentido e representam situações excessivas ao ego, canalizam tendências e possibilitam a dramatização dos conflitos. (Klein, 1923/1979).

Apoiada nessa fundamentação teórica, Aberastury (1992) interpretava a primeira hora de jogo em uma dimensão simbólica na qual a criança sempre está comunicando sua fantasia de doença e sua fantasia de cura por meio da atividade escolhida, que pode ser a atividade lúdica ou os desenhos. Representante da escola francesa de psicanálise, Mannoni (1981) apresentou a originalidade de incorporar o material de jogo à entrevista diagnóstica com os pais e parece ter sido pioneira na possibilidade de observar o desenvolvimento do brincar da criança que acompanha o diálogo dos pais com a psicóloga.

O modelo de “Consulta Terapêutica” de Winnicott (1971/1984) para as entrevistas iniciais de triagem e psicodiagnóstico salienta o valor terapêutico das primeiras entrevistas. A primeira consulta é realizada como espaço potencial para o contato com o mundo interno do paciente e como possibilidade de confiança, tem valor terapêutico para um movimento progressivo no processo de desenvolvimento. Nesse primeiro momento o psicoterapeuta ocupa o lugar de um objeto subjetivo para o paciente, uma vez que é assimilado por este de acordo com as expectativas e crenças que de que vai ser ajudado. Além disso, o paciente apresenta-se com maior disponibilidade e colaboração e, por isso, com maior capacidade para *insight*.

Winnicott (1971/1975) também afirmou que o brincar é um gesto espontâneo e criativo existente desde as primeiras experiências do bebê, é universal, natural e próprio da saúde. Ele demonstrou que a concepção do brincar é uma forma privilegiada de comunicação que pode ser estendida também ao trabalho com adolescentes, adultos, em entrevista conjunta ou atendimento em grupo. Com base nessa sustentação, temos considerado a possibilidade da atividade lúdica em novas propostas de enquadres diferenciados.

Entrevista Lúdica Compartilhada

O atendimento clínico de crianças é repleto de situações complexas em função da presença dos pais e da sobreposição de suas personalidades, angústias e dificuldades.

O sintoma alude e mostra uma marca, indicando um distúrbio psicológico, mas ao mesmo tempo o sintoma ilude, pois mascara o significado original para não contatar a angústia ao conflito. O sintoma é uma forma inadequada de lidar com a angústia.

A urgência e necessidades da clínica atual pressiona a desenvolver novas abordagens de atendimento psicológico infantil. Unindo essa fundamentação teórica à prática clínica e de pesquisa estamos expandindo também, mas não só, o atendimento de Triagem e Psicodiagnóstico Interventivo (Paulo, 2004; Tardivo, 2007; 2010) de crianças em entrevistas conjuntas com os pais. Nessa situação, utilizamos os instrumentos psicológicos, testes ou material lúdico, como mediadores auxiliares do encontro terapêutico. Os testes são elementos auxiliares e utilizados de modo flexível como facilitadores da comunicação e como mediadores do contato com o paciente. Os instrumentos psicológicos podem ser extremamente úteis como auxiliares nas intervenções elaboradas o mais precocemente possível a partir da própria produção do paciente e, por isso, podem propiciar uma experiência mutativa.

Paralelamente à essa evolução temos também maior segurança dos psicólogos que trabalham com crianças para integrar os pais no atendimento.

Rosenberg (1994) define claramente três momentos da clínica infantil. O primeiro deles, com fundamentação teórica Kleiniana clássica, os pais eram contatados apenas para tratar questões do *setting*, como horário, frequência e honorários. Eles eram mantidos à distância e as entrevistas eram raras, normalmente uma só por ano. No segundo momento, a necessidade de incluir e aproximar os pais em entrevistas mais frequentes para acolher suas angústias e diminuir as resistências, mas ainda sem incluir interpretações transferenciais. O terceiro tem uma influência de vários autores como Lacan, Laplanche, Dolto, Maud Mannonni, Piera Aulagnier e Winnicott, que influenciaram a compreensão atual que da formação da subjetividade e proporcionaram modelos teóricos que vão determinar uma nova forma de atuação técnica.

Na prática clínica percebe-se que se o lugar dos pais no atendimento da criança é mínimo, só para tratar as questões de enquadre, então as questões inconscientes vão interferir negativamente. O desejo da criança sempre tem a ver com o desejo dos pais e o distúrbio da criança está relacionado a um sintoma da doença dos pais. Dessa forma, incluí-los e permitir que eles circulem pelo tratamento da criança vai possibilitar uma escuta clínica para saber qual o momento de intervir, para convocá-los ou para interpretar suas angústias e dificuldades como parte de colaboração ao trabalho analítico.

Entre as novas abordagens de atendimento infantil apresentamos a entrevista diagnóstica compartilhada dos pais e criança. Nessa proposta a sala de atendimento é preparada com o material lúdico e gráfico de forma clássica sobre a mesa e os pais e a criança são convidados a entrar. Os brinquedos em tamanho reduzido e com variedade de tipos são expostos sobre a mesa e deixam o campo livre para os jogos variados e uma infinidade de usos diferentes. O enquadre é estabelecido apresentando o material à criança, que pode utilizá-los se quiser enquanto conversam sobre o motivo dessa consulta.

Na entrevista de anamnese tradicional, a psicóloga fica atenta também aos movimentos e brincadeiras da criança. A criança brinca, observa, às vezes fala também, mas principalmente seu jogo é um meio de comunicar sua visão sobre os fatos que estão sendo comentados. A criança acompanha o diálogo dos pais e expressa simbolicamente por meio do jogo sua fantasia de doença e de cura. A comunicação simbólica do jogo constitui-se na sua fala em relação à sua história, ambiente e dinâmica familiar, angústias e fantasias.

Os brinquedos apresentados seguem a orientação básica do Ludodiagnóstico segundo Aberstury (1992) e Ocampo (1986) e permitem que a criança expresse amplamente suas angústias, seus conflitos, suas experiências em detalhes e suas fantasias de doença e de cura.

Mesmo uma criança inibida pelo sintoma neurótico vai lançar pelo menos um olhar ou toque aos brinquedos, permitindo ao analista alguma idéia de sua complexa vida mental. Se a criança se recusa, fica de costas, ou se aproxima dos brinquedos e começa a brincar, a maneira como brinca com eles ou os deixa de lado permitem uma visão de seu significado latente (Klein, 1932/1975).

A compreensão do jogo infantil tem como base os mesmos mecanismos da interpretação dos sonhos: deslocamento, condensação, representação visual e simbolização. É necessário ao analista manter a atenção flutuante da mesma forma que na análise de adultos para captar o sentido latente do jogo, levando sempre em conta o rigoroso determinismo psíquico. A inibição do brincar ou paralização do brinquedo durante a hora de jogo deve ser entendida como manifestação do superego e de uma situação de angústia, como o silêncio do adulto em psicanálise. O psicólogo acompanha e permite que as angústias sejam expressas e pode intervir o mais precocemente possível e quando julgar conveniente. Isto não significa necessariamente uma interpretação, pois, como afirmou Winnicott (1971/1984) a própria entrevista é um encontro terapêutico e um momento de intervenção.

Acreditamos que esse encontro promove mudanças no campo intersubjetivo. Falar de si em presença do psicanalista propicia uma vivência de tolerância e sustentação, ao mesmo tempo em que se constrói uma nova versão de sua história no tempo presente. Essa experiência de *holding* favorece a capacidade de *insight* e de possibilidade mutativa em direção ao desenvolvimento.

Material Clínico Ilustrativo 1

Para ilustrar esta exposição relatamos o material clínico do atendimento em “Triagem Interventiva” de um menino, que chamaremos de Caio, de dois anos e seis meses, com queixa apresentada pela mãe de agressividade e hiperatividade. O atendimento foi realizado com mãe e criança conjuntamente em entrevista lúdica compartilhada utilizando brinquedos e material gráfico à disposição da criança.

A psicóloga iniciou a entrevista com apresentação, enquadre e motivo da consulta, mas ao mesmo tempo em que a mãe dava as informações, o menino, que não se interessou pelos brinquedos, pulava de um lado para outro, acendia e apagava a luz, abria o armário perguntando sobre os outros materiais. A psicóloga ficou dividida e se surpreendeu porque a mãe não demonstrou qualquer atitude em direção ao filho. Até que a criança abriu a porta do consultório e saiu correndo. A psicóloga ao ver que a mãe não se importou, saiu em busca da criança.

Além da queixa principal a mãe também relatou que o menino não falava mais. Ele desenvolveu o início da linguagem normalmente. Certa noite a polícia bateu em sua casa e algemou o pai e o levou preso na frente do menino. A mãe ficou em choque e a criança, a partir desse episódio, não falou mais.

O Ludodiagnóstico foi utilizado em quatro entrevistas, em que foi realizada uma abordagem interventiva com a mãe e a criança. No atendimento ficou claro que a mãe demonstrava necessidade de um acolhimento inicial e de um espaço de escuta para sua demanda e ansiedade. Ela estava regredida e necessitada como o filho, por isso não podia cuidar dele, como ficou evidente no relato. A experiência traumática da retirada do pai e sua posterior ausência deixaram a família sem limites.

A psicóloga percebeu essa dinâmica na contratransferência e teve que intervir no cuidado e proteção física da criança. Os sintomas de agressividade e hiperatividade foram a maneira não-verbal da criança expressar seu medo, sua ansiedade e a necessidade de acolhimento, contenção e limites. A hiperatividade diminuiu consideravelmente durante as entrevistas, na medida em que criança e mãe foram sentindo-se compreendidas.

No final do processo a mãe foi encaminhada para psicoterapia.

Material Clínico 2

Este exemplo é um atendimento em “Psicodiagnóstico Interventivo” de um menino, que chamaremos de Daniel, de três anos de idade, com queixa de fobia escolar. Neste caso foi realizada uma entrevista inicial com os pais e a segunda entrevista foi conjunta com pais e criança. Inicialmente D. recusa-se a entrar na sala de atendimento, chora e diz que não quer. Os pais explicam que eles vão entrar junto, ele reluta um pouco, mas concorda. A criança começa a explorar os brinquedos timidamente, enquanto acompanha o diálogo dos pais com a psicóloga sobre as dificuldades com a escola e os itens da anamnese. Logo fica à vontade e seu jogo expressa simbolicamente uma fantasia de doença diferente da queixa apresentada pelos pais.

Enquanto os pais falam que o menino não quer ir à escola, ele pega os bonecos da família e coloca o avô embaixo, por cima a avó, depois o pai, a mãe, e o menino por cima de todos formando uma pilha humana. A psicóloga observando seu jogo percebe que ele falava da hora de dormir e lembra-se que ainda não havia perguntado sobre o sono. Ela pergunta aos pais sobre o sono do menino e logo eles demonstram constrangimento ao responder que ele tinha medo de dormir sozinho e desde pequeno dormia no quarto dos pais. Perguntado então se ele dormia em outra cama, ao que os pais afirmam que não, a criança dormia na cama com eles, normalmente no meio dos pais.

O diálogo continua e D. muda o jogo, pega os animais e começa uma luta entre os animais selvagens, o leão e a pantera. Os pais mantêm o constrangimento ao responder essas perguntas como se soubessem que estavam agindo de maneira imprópria. A psicóloga pergunta então se o fato de menino dormir com eles não interfia no relacionamento e na intimidade do casal. A mãe responde:

_ Não interfere porque a gente espera ele dormir e põe ele de lado.

Na verdade confirmam nesse momento a imagem lúdica que o menino havia feito com os bonecos, colocando-os uns sobre os outros. A pergunta da psicóloga tem efeito de uma intervenção que altera o curso dos relatos e muda a qualidade do jogo da criança. Em seguida a criança apresenta novamente por meio do jogo uma comunicação significativa sobre suas fantasias de cura: ele pega os animais selvagens e os coloca na caçamba do caminhão e sai pra andar, demonstrando a necessidade de acolhimento e compreensão desses aspectos impulsivos e primitivos. O menino muda de brincadeira novamente e faz um chá e coloca em três xícaras, oferece uma ao pai, outra à mãe e a outra para a psicóloga, convidando todos a participar da hora lúdica

conjuntamente, fica observando e parece tranquilo e agradecido.

Resultados

Vários atendimentos têm sido realizados em entrevistas lúdica conjunta da criança com os pais em “Triagem Interventiva”, “Plantão Psicológico” e “Psicodiagnóstico Interventivo”, na clínica-escola da Universidade Metodista de São Paulo e em atendimentos de consultório particular. Os resultados da prática clínica têm demonstrado que a experiência de utilizar a hora de jogo em entrevistas conjuntas favorece a compreensão da fantasia de doença e de cura, pois a criança tem a oportunidade imediata, enquanto os pais falam, de expressar de forma não-verbal sua versão para os mesmos fatos.

Os dados clínicos dos atendimentos comprovam que a entrevista lúdica compartilhada pode abreviar o processo psicodiagnóstico e facilitar intervenções que auxiliam a diluir a barreira entre diagnóstico e terapia. A experiência clínica mostra-nos que temos um tema amplo na discordância entre a demanda dos pais e a demanda da criança. A entrevista conjunta possibilita uma aproximação e averiguação em tempo real das convergências ou discordâncias entre os elementos da dinâmica familiar.

Conclusão

Concluimos que a entrevista lúdica compartilhada tem sido uma valiosa contribuição para o psicodiagnóstico infantil e pode ampliar o alcance da clínica psicanalítica de crianças pequenas para o nível ambulatorial, com a possibilidade de expandir e favorecer os atendimentos especialmente no contexto institucional. Recomendamos também que novas pesquisas clínicas qualitativas sejam efetuadas para que possamos aprofundar o conhecimento científico sobre o tema e o trabalho com crianças tenha uma expansão no sentido também preventivo e profilático.

Referindo-se à técnica lúdica Klein (1932/1975) afirmou que

Nenhuma descrição poderia fazer justiça ao colorido, à vida e complexidade que preenchem as sessões de uma análise lúdica. Mas espero haver dado ao leitor uma ideia dos resultados precisos e seguros que podemos obter por esse meio. (p. 63).

Se nos permitem a pretensão, fazemos literalmente nossas as palavras de Klein na medida em que nenhuma descrição teórica é totalmente fiel ao colorido e complexidade do caleidoscópio da vida mental que se revela numa entrevista diagnóstica compartilhada dos pais com a hora lúdica da criança. Mas, esperamos ter conseguido transmitir a idéia principal da técnica conjunta neste trabalho e sua utilidade para a clínica de crianças da atualidade.

Referências Bibliográficas

Aberastury, A. (1992). *Psicanálise de Crianças: teoria e técnica*. 8.ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

Klein, M. (1923/1979). A importância da formação de símbolos no desenvolvimento do ego. In: _____ *Contribuições à Psicanálise*. Trad. Miguel Maillet. São Paulo, Mestre Jou, Cap. 11, p. 295-313.

_____ (1932/1975). *Psicanálise da Criança*. Trad. Pola Civali. 2.ed. São Paulo, Mestre Jou.

Mannoni, M. (1965/1981). *A Primeira entrevista em psicanálise. Prefácio de Françoise Dolto*. Trad. Roberto C. Lacerda. Rio de Janeiro, Campus.

Ocampo, M.L.O. (1986). *O Processo Psicodiagnóstico e as Técnicas Projetivas*. São Paulo: Martins Fontes.

Paulo, M.S.L.L. (2004). *O Psicodiagnóstico Interventivo com Pacientes Deprimidos: alcances e possibilidades a partir do emprego de instrumentos projetivos como facilitadores do contato*. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Rosenberg, A.M.S. (1994). A constituição do sujeito e o lugar dos pais na análise de crianças. In: _____ (org.). *O Lugar dos Pais na Psicanálise de Crianças* (Pp.21-59). São Paulo: Escuta.

Tardivo, L.S.P.C. (2007). *O adolescente e sofrimento emocional nos dias de hoje*: São Paulo. Vetor.

_____ (2010). O Procedimento de Desenhos-Estórias e derivados no processo psicodiagnóstico compreensivo e interventivo de crianças. In: Nunes, M.L.T. *Técnicas projetivas com crianças*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Winnicott, D.W. (1971/1984). *Consultas Terapêuticas em Psiquiatria Infantil*. Tradução J.M.X. Cunha. Rio de Janeiro: Imago.

_____ (1971/1975). *O Brincar e a Realidade*. Trad. José A. Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: VICISSITUDES DO SER MÃE.

Samara dos S. A. Esteves⁷⁴

Aline Thays Grou⁷²

Miria Benincasa Gomes⁷⁵

Introdução: O presente trabalho trata de assuntos ainda polêmicos e que afeta diversas mulheres que passam pelo quadro da depressão pós-parto, no Brasil e no mundo. Muitas delas, não sabem que estão inseridas em tal quadro, por falta de informações que lhes são omitidas. **Objetivo:** Investigar a depressão pós-parto em mulheres que vivenciaram os dois tipos de parto: Parto Fisiológico e a Cesárea Eletiva e comparar a incidência de depressão pós-parto nestas mulheres, após o nascimento de seus filhos. **Método:** Foram selecionadas 4 (quatro) mulheres mães de bebê com até 36 meses de vida, sendo 2 (duas) mulheres que vivenciaram parto fisiológico e 2 (duas) mulheres que optaram por Parto cesariano eletivo

Foram usados os instrumentos: Entrevista semi dirigida, Escala de depressão pós- parto de Edimburgo (EPDS), e questionário sociodemográfico.

Palavras chave: Depressão pós-parto; Puerpério; Vias de parto.

Introdução

Desde as eras mais remotas, a mulher se prepara desde cedo para assumir a maternidade. Segundo Gobbi (1996, p. 96), “a menina é preparada, desde a infância, para ser mãe; mesmo que nunca seja, trata-se de um rito de passagem para o qual a mulher é preparada durante grande parte de sua vida”. Ainda quando criança, suas principais brincadeiras envolvem o brincar de casinha, cuidar de boneca, fazer comidinha, lavar e passar a roupa, ensinar a ler e escrever, dentre outras atividades rotineiras que retornam na adolescência e fase adulta.

⁷⁴ Discente do 8º período do curso de psicologia na UMESP – SBC/SP

⁷⁵ Docente Doutora em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano pela Universidade de São Paulo e Docente da UMESP – SBC/S

O nascimento de um bebê, ainda que não tenha sido planejado, pode ser caracterizado também pelo nascimento de uma mãe e de um pai, e moldará a vida desta criança, mudando a rotina de seus cuidadores, que para conceber seu filho, abdica do cuidar de si para cuidar do outro, provendo cuidados a este ser pequeno e indefeso que se constituirá como sujeito a partir dos cuidados que lhe são ofertados, já que segundo (SZEJER, STEWART, 1997) para realizar um desejo, é necessário renunciar a outro e o ser filha dá lugar a ser mãe. Soifer (1973) e Szejer (1997) defendem que, em geral, as mulheres quando confirmam a gravidez têm sentimentos ambivalentes, que muitas vezes geram conflitos, pois segundo eles, são interpretados como rejeição da gravidez e conseqüentemente do bebê.

Segundo Portal Educação (2013), o puerpério é concebido como um período que compreende a fase pós-parto, quando a mulher passa por alterações físicas e psíquicas até que retorne ao estado anterior à sua gravidez. Para muitos autores este período se estende até 40 a 60 dias posterior ao parto. As alterações psicoemocionais do puerpério resultam de um fenômeno intercultural, de prevalência elevada, de carácter benigno designado de *Baby Blues* pós-parto caracterizado por um estado depressivo transitório, que ocorre em mulheres saudáveis que engloba, sobretudo, sentimentos de labilidade emocional, disforia e choro, entre outros (COELHO, 2015). Já para Oliveira, (2016 *apud* ZUGAIB, 2012), o puerpério tem início após a dequitação, momento em que o útero expelle a placenta, estendendo-se por 6 semanas após o parto, quando as mudanças ocorridas pela gestação em diversos órgãos maternos já retornaram ao estado pré-gravídico ao final deste período. Este estado regredido é tipificado por lei no art. 123 do código penal Brasileiro atual, o qual preconiza que “Matar, sob influência do estado puerperal, o próprio filho, durante o parto ou logo após”, tem pena culminada em detenção de dois a seis anos; contudo, por se tratar de infanticídio é possível recorrer e alegar transtorno psiquiátrico, já que este estado puerperal pode desencadear em depressão pós-parto, ou seja, tornar-se patológico e a parturiente passa a não ter condições de conduzir sozinha sua vida e a de seu filho.

Depressão Pós Parto

A Depressão Pós Parto é uma doença com grande incidência no mundo e com consequências negativas para mulheres, crianças e para família como um todo. A maioria dos estudos internacionais apontam maior frequência de Depressão Pós Parto em mulheres que se submeteram a cesárea eletiva quando comparada com aquelas que vivenciaram parto vaginal (MATHISEN *et al*, 2013; SWORD *et al*, 2011).

Recentemente uma pesquisa realizada por Mariza Theme, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), e publicada na edição de abril do *Journal of Affective Disorders*, constatou que no Brasil, em cada quatro mulheres, mais de uma apresenta sintomas de depressão, no período de 6 a 18 meses após o nascimento do bebê. A constatação é do estudo *Factors associated with postpartum depressive symptomatology in Brazil: The Birth in Brazil National Research Study, 2011/2012*. A prevalência desse distúrbio no país foi mais elevada que a estimada pela OMS para países de baixa renda, em que 19,8% das parturientes apresentaram transtorno mental, em sua maioria a depressão. Esta mesma pesquisa concluiu que a depressão pós-parto traz inúmeras consequências ao vínculo da mãe com o bebê, sobretudo no que se refere ao aspecto afetivo. A literatura cita efeitos no desenvolvimento social, afetivo e cognitivo da criança, além de sequelas prolongadas na infância e adolescência. “A mulher depressiva, normalmente, amamenta pouco e não cumpre o calendário vacinal dos bebês. As crianças, por sua vez, têm maior risco de apresentar baixo peso e transtornos psicomotores” (PORTAL FIOCRUZ, 2016).

JUSTIFICATIVA

O tema depressão pós parto de suma importância, pois como abordado anteriormente é uma problemática que atinge diversas mulheres no Brasil e no mundo..

OBJETIVO

Investigar a depressão pós-parto em mulheres que vivenciaram cesárea eletiva e parto fisiológico e comparar se há maior incidência de depressão pós-parto em mulheres que optaram por cesárea eletiva ou em mulheres que vivenciaram parto fisiológico.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa experimental de campo, transversal com análises quantitativas e qualitativas.

Participantes

Foram selecionadas 4 (quatro) mulheres, sendo 2 (duas) mulheres que tiveram parto fisiológico e 2 (duas) mulheres que optaram por cesárea eletiva. Como critério de inclusão, mulheres que tivessem um único filho(a), mesmo que tenha tido gestações anteriores, ter passado pelo processo de parto há, pelo menos, 04 meses e, no

máximo, 36 meses e estar em uma relação conjugal estável, independente da opção sexual. Como critério de exclusão mulheres com idade inferior a 18 anos de idade e que já tenham mais de um filho.

Local

As entrevistas e aplicações de instrumentos foram realizados nas respectivas residências das participantes.

Instrumentos

1. Entrevista semi dirigida

Segundo Bleger (1998), além de um recurso da clínica, a entrevista é uma técnica bastante útil para a pesquisa científica em Psicologia. O que diferencia a entrevista Psicológica de outros tipos de entrevistas é o objetivo, que neste modelo, pretende investigar aspectos psicológicos. A entrevista pode ser aberta ou fechada. Na entrevista aberta há maior liberdade para que o entrevistador altere a ordem das perguntas, insira novas questões elucidativas e levante hipóteses sobre o tema. Sua característica principal, e que depende da habilidade do entrevistador, é inserir estímulos para que a entrevistada, à sua maneira, traga as informações que se pretende encontrar através dos objetivos da pesquisa. Já na entrevista fechada as perguntas são pré-determinadas no conteúdo, na ordem e na forma de condução, ou seja, trata-se de um questionário.

2. Escala de Depressão Pós Parto de Edinburgo (EPDS)

Diversos países já validaram ou traduziram a Edinburgh Post-natal Depression Scale (EPDS), que foi desenvolvida na Grã-Bretanha por Cox, Holden e Sagovsky (1987). Trata-se de um instrumento auto administrado, composto de 10 itens, os quais são pontuados de 0 a 3, de acordo com a presença e/ou intensidade do sintoma. Seus itens envolvem sintomas como: humor deprimido ou disfórico, perda do prazer, distúrbio do sono, diminuição do desempenho, ideias de morte e suicídio, e culpa. Estes são sintomas percentualmente frequentes em mulheres com Depressão Pós Parto no Brasil (SANTOS, M.F.; MARTINS, F.C.; PASQUAL, L., 1999). A escala foi traduzida para o português com supervisão da Oficina de Tradução da Universidade de Brasília. Três itens sofreram ajustes maiores. Dois deles, para alcançar expressões idiomáticas curtas e adequadas (item 2, anedonia, e item 6, dificuldade de desempenho), e o item 10 (pensamentos de suicídio), para evitar rejeição do

enunciado. A EPDS apresentou sensibilidade de 84%, especificidade de 82% e valor preditivo positivo de 72%. O estudo indica que o instrumento discrimina casos de depressão no pós-parto, sendo bastante adequado ao contexto brasileiro.

3. Questionário Sociodemográfico

Este questionário é composto de 22 questões, sendo a maior parte objetiva. O instrumento foi desenvolvido pelas participantes do projeto em questão. Nele constam questões sobre dados pessoais, financeiros, ocupacionais, questões relacionadas ao período gestacional, ao parto, ao pós parto e à saúde do bebê.

Procedimento para a coleta de dados

Primeiramente foi enviado convite de participação às mulheres, por meio de redes sociais, a que a orientadora Prof.^a Dr^a Miria Benincasa está vinculada, e após a confirmação de interesse, as contatamos via telefone para obter os dados de endereço e agendamos dia e horário conforme disponibilidade da participante. Foram realizados dois encontros, sendo no primeiro encontro a entrevista e assinatura do termo de consentimento de ambos, em que ficou uma via com a participante e outra com as estudantes, no segundo encontro foi feito a aplicação dos demais instrumentos.

Procedimento para a análise dos dados

As entrevistas foram transcritas e foi realizada a análise de conteúdo (BARDIN, 1979). Os resultados também foram comparados entre os grupos: mulheres que optaram pela cesárea eletiva, ou parto fisiológico, a fim de identificar a incidência de depressão pós-parto (DPP) e, se positiva, em quais mulheres houve maior incidência.

O questionário sócio demográfico ofereceu informações sobre a caracterização da amostra, como idade, profissão, escolaridade etc. A escala de depressão pós-parto indicou índices quantitativos de Depressão pós-parto em cada uma das participantes. Os outros instrumentos (PDE-T e Entrevista Psicológica) foram avaliados segundo a abordagem psicodinâmica, prioritariamente.

Este trabalho é um recorte de um trabalho conduzido pela Prof.^a Dr^a Miria Benincasa, intitulado Cesárea Eletiva, Violência Obstétrica e Parto Humanizado: O legado destas intervenções para a vida emocional da mãe, aprovado pela FAPESP e pelo comitê de Ética (Número do Parecer: 896.875, Data da Relatoria: 26/11/2014)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1. Caracterização da amostra

Tabela I: Questionário Sócio Demográfico

PARTICIPANTE	IDADE	RELACIONAMENTO ESTÁVEL HÁ	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	Ocupação Atual	RENDA
SAFIRA	35	6 anos e 7 meses	Casada morando junto	Superior Completo	Comissária de Voo	Comissária de Voo	De 3 a 5 salários mínimos
ÁGATA	38	19 anos	Casada na Cívica igreja	Superior Completo	Engenheira Civil	Do lar	Mais de 10 salários mínimos
QUARTZO	20	1 ano e 3 meses	Casada morando junto	Superior incompleto	Confeiteira e do lar	Confeiteira e do lar	De 1 a três salários mínimos
JADE	27	8 anos	Casada no cívica	Superior Completo	Professora do ensino infantil	Do lar	De 1 a três salários mínimos

As participantes da pesquisa tiveram seus nomes reais alterados por nomes fictícios, optamos por nome de pedras preciosas, visando a preservação da identidade e, conseqüentemente o sigilo rigoroso que o trabalho acadêmico demanda. Sendo assim, em nenhum momento as participantes e seus respectivos filhos serão identificados com nomes reais, visto que, todo o material recolhido ficará armazenado no prazo de cinco anos, com nossa orientadora e ao término do período, será descartado de modo apropriado. Segundo os dados apresentados na Tabela 1, observam-se alguns pontos a serem destacados nesta amostra. O primeiro deles refere-se a faixa etária das participantes, em que a idade varia entre 20 a 38 anos de idade. Safira e Ágata que vivenciaram parto cesárea, tem idade aproximada entre 35 e

38 anos de idade, com diferença de 3 anos entre elas, já Quartzo e Jade que vivenciaram parto vaginal tem idade aproximada entre 20 e 27 anos de idade, com diferença de 7 anos entre elas.

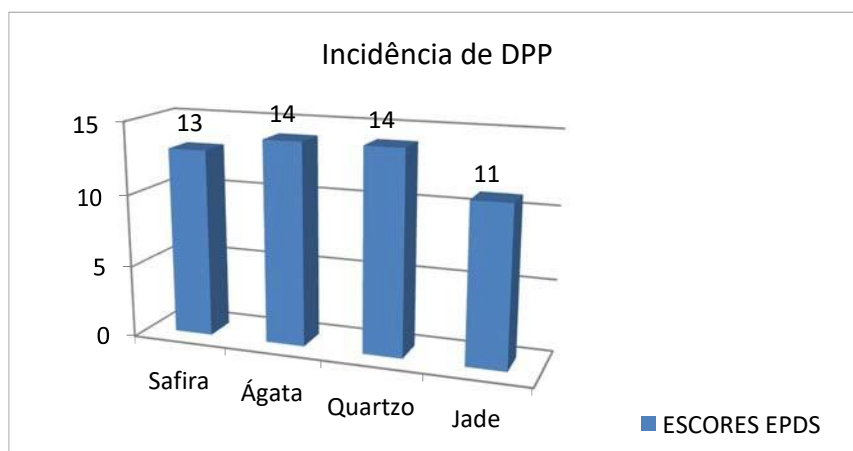
A cesárea eletiva ainda é a cirurgia mais realizada não só no Brasil, como em diversos países do mundo, mesmo a organização mundial de saúde (OMS) recomendando que a taxa fique entre 10% e 15 % dos partos, mais da metade dos bebês brasileiros nascem desta forma; um índice que chega a 84,6% na rede particular. Para diminuir este panorama, gestantes precisaram assinar um termo de consentimento sobre os perigos da cirurgia para que o plano de saúde cubra seus custos. E com isso a equipe médica fica incumbida de prestar informação sobre riscos e benefícios da cesárea eletiva. (BRASIL, 2015). O grau de escolaridade comparado com profissão é outro dado observado, sendo predominante na maioria das mulheres a conclusão do ensino superior atreladas a uma formação e carreira de seu interesse. Segundo pesquisa do SEADE (São Paulo, 2010), entre 2000 e 2010, o percentual de pessoas com ensino superior completo no mercado de trabalho da (RMSP) passou de 11,7% para 15,0% da População Economicamente Ativa (PEA). Entre as mulheres, essa proporção já ultrapassou os 17,0%, enquanto para os homens corresponde a 13,0%. Com isso, se em 2000, a maioria da PEA com nível superior era composta por homens (51,3%), em 2010, a vantagem passou a ser, claramente, das mulheres (53,6%). O que mostra que atualmente as mulheres buscam cada vez mais a formação acadêmica, a fim de estarem mais aptas ao mercado de trabalho, sendo mais participativas inclusive financeiramente. Outro dado que nos chama a atenção é da profissão comparada com ocupação e renda, pois se de um lado a inserção da mulher no mercado de trabalho vem sendo crescente, por outro lado a maioria das participantes Ágata, Quartzo e Jade optaram por estar no lar, ao ter que trabalhar fora. Sendo que destas três participantes, apenas Ágata tem renda superior a 10 salários mínimos, Quartzo e Jade tem renda que varia de 1 a três salários mínimos. Das participantes, todas são casadas, sendo que Safira e Quartzo mantêm união consensual ou estável, ou seja, não são casadas no civil e nem no religioso, já Ágata é casada no civil e no religioso e Jade é casada apenas no civil. Percebe-se que o relacionamento estável, comparado com estado civil das participantes em questão é diversificado, pois Safira apresenta relacionamento estável há 6 anos e 7 meses e mantém união consensual assim como Quartzo, porém a segunda participante apresenta relacionamento estável de apenas 1 ano e 2 meses. Jade apresenta relacionamento estável de 8 anos, casada no civil e Ágata apresenta 19 anos de

relacionamento estável, casada no civil e no religioso. Foi feito um levantamento de uniões consensuais no CENSO realizado em 2010 que identificou através de um percentual de uniões consensuais que subiu de 28,6% para 36,4% das uniões entre 2000 e 2010, sendo mais frequente nos grupos com rendimentos menores, representando 48,9% na classe com rendimento de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, o que representa mais de 1/3 dos casamentos (IBGE, 2010).

Incidência de Depressão Pós-Parto

Participaram do estudo 4 mulheres, destas, 75% (n=3) atingiram um escore ≥ 12 , o que é considerado fator de risco para surgimento da DPP, segundo Fonseca, Silva e Otta (2010). Já 25% (n=1) teve escore de 11, considerado dentro dos padrões de normalidade, indicando, assim, menor risco para o aparecimento da DPP. Como consta no gráfico abaixo:

Gráfico 1: Distribuição de Escores obtidos através da escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo. São Bernardo do Campo, SP, Brasil, 2016.



A pontuação que obteve maior incidência foi 14 pontos, com 50% (n=2), seguido pelo escore de 13 pontos, com 25% (n=1), e escore de 11 pontos, com 25% (n=1), conforme a tabela 3 abaixo.

Tabela 3: Total de escores a partir da Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo.

ESCORES EPDS	PARTICIPANTES	PARTO	IDADE DO BEBÊ
13	Safira	Cesária	1 ano e 4

			meses
14	Ágata	Cesária	2 anos e 3 meses
14	Quartzo	Vaginal	4 meses
11	Jade	Vaginal	1 ano e 5 meses

Na tabela 3 é possível perceber que Ágata que vivenciou parto cesárea e Quartzo que vivenciou parto vaginal, obtiveram 14 pontos na escala de Depressão pós-parto, o que já indica entretanto se comparado com a idade de seus respectivos filhos, como consta na tabela 3, apresenta disparidade e diferença de 11 meses entre eles, pois o filho de Ágata está com 2 anos e 3 meses, mais autônomo, come sozinho, anda e fala e o filho de Quartzo está com 4 meses e é totalmente dependente de sua mãe.

Considerações Finais

Independente de qual seja a via de parto escolhida pela mãe ao conceber seu filho é importante que esta, seja orientada sobre os benefícios do parto normal e dos malefícios que são omitidos sobre a cesárea eletiva, quando não há risco. Pois se não houver risco o único beneficiado é o sistema que alimenta essa rede.

Referências:

Aiello-Vaisberg, T.M.J. I(1997) nvestigação de representações sociais. In: TRINCA, W. (org) **Formas de Investigação clínica em Psicologia**. São Paulo: Vetor, p. 255-285.

Bardin, L. (1979) Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70.

Brasil, 2015. Disponível em:

http://www.bbc.com/portuguese/noticias/2015/07/150719_cesarianas_mundo_rb

Bleger, J. (1998) **Temas em Psicologia: entrevista e grupos**. Martins Fontes: São Paulo..

Coelho.C.A.T., (2015) **Determinantes das Alterações psicoemocionais do Puerpério: Efeitos da autoestima**. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU Unidade de Enfermagem Materna, Obstétrica e Ginecológica (UEMOG),. Disponível em:< <http://hdl.handle.net/10400.19/2839> >Acesso:18/02/2016.

Fiocruz – Fundação Osvaldo Cruz. Matéria publicada por: Filipe Leonel. *Depressão pós-parto acomete mais de 25% das mães no Brasil*. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/depressao-pos-parto-acomete-mais-de-25-das-maes-no-brasil>> Acesso em: 20/08/2016.

Fonseca, V.R.; Silva, G. A. E [Otta, E.](#) **Relação entre depressão pós-parto e disponibilidade emocional materna**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.26, n.4, pp.738-746. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000400016>.

Gobbi, M. A. (1996) **Lápis vermelho é de mulherzinha: Desenho infantil, relações de gênero e educação infantil**. Dissertação de mestrado em Educação, Faculdade de Educação, Unicamp. Campinas..

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/noticiascenso.html?view=noticia&id=1&idnoticia=2240&busca=1&t=censo-2010-unioes-consensuais-ja-representam-mais-13-casamentos-sao-frequentes-classes>

JUSBRASIL(2016). Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/topicos/10625040/artigo-123-do-decreto-lei-n-2848-de-07-de-dezembro-de-1940>> acesso em: 03/01/2016.

Mathisen, S.E.;Glavin, K.; Lien, L.; Lagerlo, P. *Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study*. *Int J Womens Health*; 5: 787–793, 2013. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24294009>
Acesso em: 20/06/2015.

Santos, M.F.; Martins, F.C.; Pasqual, L. (1999) Escala de auto-avaliação de depressão pós-parto: estudo no Brasil. *Revista de psiquiatria clínica* (São Paulo): 26(2):90-95.

SEADE – Sistema Estadual de análise de dados, 2010. Disponível em:

https://www.seade.gov.br/produtos/midia/mulhertrabalho/resumo_boletim_MuTrab22.pdf

Szejer, M.; Stewart, R. (1997). ***Nove meses na vida de uma mulher: Uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento***. São Paulo: Casa do Psicólogo. (Original publicado em 1994).

RELATO DE EXPERIÊNCIA: A MORTE POR SUICÍDIO E O LUTO NÃO AUTORIZADO

Bruna Caroline Turse Barroso⁷⁶

Juliana Vendruscolo⁷⁷

RESUMO

Este trabalho apresenta um relato de experiência, discutindo sobre os temas de suicídio e o luto não autorizado, dentro de um serviço de clínica, baseado no Modelo do Processo Dual do Luto. Os atendimentos realizados, por estagiários, são com ênfase na fenomenologia existencial, sendo seu principal objetivo refletir sobre a experiência clínico-institucional no atendimento de pacientes ao longo do processo de perdas, a partir da singularidade de cada caso. Oferecendo desse modo, um espaço de escuta para o paciente encontrar seu próprio sentido diante do luto e ressignificar sua dor. O caso atendido em 2015, foi de um jovem adulto de 21 anos que perdeu seu namorado por suicídio. Foram realizadas cinco sessões com o paciente, no qual um dos principais temas destacados foi o luto não autorizado. Dessa maneira, será discutido a perda por suicídio e a dificuldade do relacionamento homossexual na autorização do luto, sendo proposto estudos para o futuro desenvolvimento do tema em nosso país e na literatura.

palavras-chaves: psicologia, perda, luto.

Trabalho Completo

1. TEMA

Este trabalho aborda como tema central a morte por suicídio, bem como o luto não autorizado que se destaca em um rapaz jovem por uma união homossexual. Serão

⁷⁶ Pós graduanda em Psicologia Hospitalar pelo Hospital Israelita Albert Einstein – São Paulo/SP email: bru_23@msn.com

⁷⁷ Doutora em Psicologia e Docente dos cursos de psicologia UNAERP, UNIP, ESTÁCIO – Ribeirão Preto/SP

trabalhados os principais impactos do suicídio na nossa sociedade e como ainda são necessários mais pesquisas e estudos sobre o luto e principalmente diante do luto não autorizado.

2. INTRODUÇÃO

Este trabalho é referente a um relato de experiência da extensão do Ambulatório de Luto realizado em 2015, o tema central é a morte por suicídio e o luto não autorizado. O presente trabalho foi realizado na clínica-escola, sob a coordenação e supervisão de uma das autoras do trabalho, com ênfase na fenomenologia existencial. Seu principal foco é refletir sobre a experiência clínico-institucional no atendimento de pacientes no ambulatório de luto ao longo do processo de perdas, contribuindo com o avanço do conhecimento sobre a prática do psicólogo, a partir da singularidade de cada caso. A extensão de luto é um espaço de acolhimento para pacientes que procuram o serviço ou chegam até o atendimento por meio de outros estágios, buscando assim, acompanhar esse indivíduo durante o processo de perda e, oferecer um espaço de escuta para o paciente encontrar o seu próprio sentido diante do luto e ressignificar sua dor. Durante a extensão foi possível perceber que o luto não está apenas relacionado com a morte, mas também com rompimentos de relacionamentos, perda de emprego, perda da saúde, separações, quebra de vínculos e etc.

O modelo usado para os atendimentos se baseia no Modelo do Processo Dual do Luto. O Modelo do Processo Dual do Luto (*Dual Process Model of Grief – DPM*) é um constructo científico com dois objetivos bem definidos: ajudar a compreensão de como as pessoas vivem o luto em geral e diferenciar as formas de enfrentamento que auxiliam as pessoas a lidar com a perda daquelas que não estão associadas a boa adaptação ao longo do tempo (Stroebe & Schut, 1999, p.206).

Suicídio (do latim *sui*, "próprio", e *caedere*, "matar") é o ato intencional de matar a si mesmo. Pensar em Suicídio é se entregar a uma busca incansável dos porquês. É refletir sobre quais sentimentos, faltas, lacunas ou mistérios rondavam aquela existência. Muitos questionamentos surgem, como por exemplo, por que as pessoas se matam, o que aconteceu com aquela pessoa para desistir de viver e se matar, etc. Isto conseqüentemente nos leva a uma busca por respostas no sentido de aliviar o sofrimento e a sensação de indignação e inconformismo, por alguém ter decidido acabar com sua própria vida (Barbosa, Macedo, & Silveira, 2011, p. 240).

Este trabalho vai trazer também como o luto não autorizado está presente em nossa sociedade, podendo ser exemplificado de várias formas. E aqui é destacado a perda do companheiro de um rapaz de 21 anos que possuía um relacionamento homossexual. O luto não autorizado é um tema pouco discutido e conhecido por profissionais de saúde, porém é um assunto atual que merece destaque.

Segundo Parkes (1998) uma categoria de luto que causa problemas especiais é o “luto não autorizado”, termo definido por Doka (1989) para designar perdas que não podem ser abertamente apresentadas, socialmente validas ou publicamente pranteadas. Doka os divide em:

Relacionamentos não reconhecidos: vínculos extraconjugais, relacionamentos homossexuais, ex-cônjuges ou amantes, pais biológicos de crianças adotivas e médicos e enfermeiras que se vinculam com os pacientes.

Perdas não reconhecidas: mortes perinatais, abortos, devolução de crianças adotadas aos pais biológicos, disponibilidade de filhos para adoção, morte de animal de estimação, perda social e psicológica sem morte, exemplo: parceiro desenvolve Mal de Alzheimer.

Enlutado não aceito como tal: crianças consideradas muito pequenas para estarem de luto ou adultos muito velhos com alterações cerebrais, exemplo: morte ocorre em um asilo, hospital psiquiátrico ou instituição para pessoas com dificuldades de aprendizagem.

Dessa maneira, será apresentado o relato de experiência do atendimento desse paciente no momento que é indicado a procurar o Ambulatório de Luto e traz na sua vivência esses temas, cheio de dúvidas, sofrimento, aflições e em busca de uma base segura para lidar com inúmeras situações de sua existência.

3. OBJETIVOS

O trabalho realizado tem como objetivo principal apresentar um relato de experiência sobre a morte por suicídio e o luto não autorizado, por meio de um caso atendido em 2015

Além disso, durante os atendimentos o objetivo era acompanhar o paciente para a ressignificação da sua perda, buscando assim, o seu próprio sentido diante do luto e o desvelamento de sua dor.

4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Foram realizados cinco atendimentos com um paciente 21 anos, do sexo masculino, que procurou o Ambulatório de Luto por indicação de uma aluna da graduação de psicologia.

O paciente chega para o primeiro atendimento muito abalado e conta sobre o que estava acontecendo, trazendo que a morte do seu namorado ocorreu há apenas quatro dias. Ele conta que seu namorado dava indícios que queria se matar e já tinha tentado outras vezes. E, que há quatro dias foi encontrado morto sozinho em um motel, no qual tinha injetado cocaína e remédio, constando no laudo médico overdose.

O paciente traz, na segunda sessão, um pouco de sua história com o namorado e conta que eles namoravam um ano e moravam juntos, porém a família do namorado, principalmente a mãe, não aceitava o relacionamento. E com a morte do filho, isso piorou, pois ela entrou na casa que eram deles ele levou várias coisas: relógio, celular, algumas peças de roupas, objetos pessoais e etc.

Ele conta sobre seu sofrimento de morar sozinho em Ribeirão Preto/SP, sendo que sua família é de outra cidade e não pode visitá-lo. Além disso, destaca a dificuldade no seu relacionamento com o pai, no qual possui o histórico de drogas e bate nas pessoas de sua família, sendo relatado para a estagiária na terceira sessão.

Na sua quarta sessão, o paciente apresenta dificuldades em retomar sua rotina de estudos e trabalho, destacando que se sente “muito sozinho e sem apoio” (sic). Trazendo para a sessão que já havia passado pela sua cabeça em fazer “a mesma coisa que o seu namorado fez” (sic).

O paciente apresenta alguns sinais comuns de um enlutado, como usar as roupas do morto, levar fotos do namorado para a sessão, carregar um colar no pulso que pertencia ao namorado, dificuldades em retomar à rotina e choro frequente.

Durante as sessões, ele traz sobre o desafio da sociedade em reconhecer o luto ele está passando. E isso ocorre em vários âmbitos da sociedade: no trabalho, com os amigos e com a família do namorado:

“As pessoas não entendem, minha dor é enorme! Ele era meu namorado, como não vou sofrer?” (sic)

“Por quê eles acham que isso não é nada? Por que eu namorava um homem? É uma grande perda na minha vida” (sic)

“Eu só queria que meus amigos me apoiassem e entendessem minha dor.” (sic)

O trabalho realizado com o paciente consistiu em uma escuta clínica ética, validando seu sofrimento, angústias e aflições. Foram realizadas pontuações e intervenções sobre o discurso do paciente e o acolhimento diante do luto. Além disso, foi trabalhado com o paciente sua vontade de fazer a “mesma coisa que o namorado fez”. Quando ele traz para o atendimento, é discutido com ele se essa vontade permanece e o que ele pensa sobre isso. Porém, o paciente diz que passou uma única vez pela cabeça e que quer realizar sonhos que os dois possuíam.

Na quinta sessão, foram encerrados os atendimentos devido ao final de ano e por ser uma clínica escola, porém foi deixado em aberto a busca pelos atendimentos no ano seguinte com outros estagiários.

DISCUSSÃO

Morte por Suicídio

Segundo Sadock e Sadock (2007) o suicídio vem crescendo rapidamente entre os jovens, em particular entre homens de 15 e 24 anos, e já chega a ser a 3 maior causa de morte nesse grupo etário, depois de acidentes e homicídios, e as tentativas estão entre 1 e 2 milhões por ano. A maioria ocorre entre pessoas de 15 a 44 anos.

Diversos fatores estão ligados às reações psicológicas de familiares de pessoas que se suicidaram, dentre eles as principais seriam: a idade do falecido; o tipo de relação estabelecida; o tempo passado desde o episódio, a exposição ao corpo da vítima; antecipação do suicídio; participação de grupos de suporte, e o tipo de suporte recebido após o ocorrido (Baptista, 2004).

O desamparo que ocorre na família após um de seus membros tirarem a própria vida é enorme, alguns familiares são tomados por uma sensação de que nada mais vale à pena, principalmente quando são bem próximos ao morto. A ausência de um parente deixa lacunas abertas, que podem persistir por toda a vida. Estas perdas são

comumente relatadas como perder um pedaço de si (Souza & Rasia, 2006, p.76). O paciente traz sobre seu vazio em sua quarta sessão:

“Minha vida perdeu totalmente a graça, parece que tem buraco no meu coração. É um vazio muito grande que estou vivendo” (sic)

Segundo Palheta & Leal (2002) lidar com as conseqüências, principalmente na família, não é simples, é penosa e requer sensibilidade para trabalhar as emoções que surgem, como: tristeza, alterações do estado de ânimo, além de sentimentos de culpa e remorso. Torna-se importante lembrar que a pessoa que tenta ou comete suicídio não é somente ela a vítima. Após um suicídio, a família e amigos necessitam, muitas vezes, de assistência médica e/ou psicológica.

Luto não autorizado

Parkes (1988) escreve que o luto é o preço que pagamos pelo amor. Nossa reação pela separação de uma pessoa à qual estamos vinculadas ocorre também porque perdemos o amor dessa pessoa, deixamos de ser amados por ela. Para Bromberg, Kovács, Carvalho & Carvalho (1996), somente haverá o luto se um vínculo tiver rompido.

A perda que ocorre em um namorado que estabelecia uma relação homossexual é considerada um luto não autorizado, no qual a sociedade não reconhece o luto como perda. Dessa maneira, a falta de reconhecimento pode propiciar um luto complicado.

Os problemas podem surgir na expressão do luto, que pode ter sido intensificado por ter sido ignorado ou reprimido; porque a raiva e a culpa podem surgir e complicar o curso do processo de luto; pela exclusão do enlutado dos rituais; e pela falta de apoio para viver o processo do luto (Parkes, 1998).

No caso atendido, o paciente mostra nos atendimentos a dificuldade que está encontrando para viver o luto:

“As pessoas acham que não estou sofrendo, elas não entendem minha dor. Só porque eramos um casal homossexual? Não entendo a cabeça deles.” (sic)

Todas as situações que envolvem o não reconhecimento do luto são carregadas de estigma, segredo, impossibilidade de rituais e sofrimento não expressado: condições

que estão na base de um luto complicado. Adoto esse termo para substituir a expressão "luto patológico", que repete o modelo médico, cristalizando a noção de "normal" e "não normal" (Esslinger, 2011).

Para que aquele que sofre com a perda continue sua vida, sem estancar, é preciso entender (emocionalmente e não apenas intelectualmente) que, apesar da morte da pessoa querida, sua existência continua na memória do que foi vivido. A importância de ter esse sentimento validado, reconhecido, expressado em suas diferentes formas, principalmente nos rituais. Para aqueles que vivenciam um luto não autorizado é fundamental procurar formas de acolhimento com algum amigo que possa assumir o papel de confidente ou com um profissional capaz de ajudá-los a atravessar a dor. (Esslinger, 2011).

Diante disso, podemos citar o apoio psicológico como fator de grande importância nesse momento. Estar junto ao paciente, acompanhando seu discurso frente a situação do luto, de modo a acolher seus sentimentos e validar angústias foram de extrema necessidade para o paciente. Falar com um profissional que pode escutar sem julgar e principalmente sem direcionar seus atos, levaram o próprio sujeito a descobrir o próprio sentido para ele do luto e ressignificar sua dor.

Por fim, citamos a necessidade de mais pesquisas na área do luto não autorizado referente a casais homossexuais, de modo que as pessoas e os profissionais possam conhecer sobre mais o assunto e trabalhar com seus pacientes em cima das questões levantadas frente ao tema. Desenvolvendo assim, mais literatura para o futuro em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Baptista, M.N. (2004) *Suicídio e depressão: Atualizações*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Barbosa, F. O., Macedo, P. C. M., Silveira, R. M. C. *Depressão e o suicídio*. (2011) Rev. SBPH [online]. vol.14, n.1, (p. 233-243).

Bromberg, M. H. P. F., Kovács, M. J.; Carvalho, M. M. J. de, & Carvalho, V. A. (1996) *Vida e Morte – Laços de Existência*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Doka, K. (1989) *Disenfranchised grief: recognizing hidden sorrow*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Esslinger, I. (2011). *Luto Proibido*. Rev Mente e Cérebro; Fapesp na Mídia.
- Palheta, A.L.S., & Leal, M.S.L. (2002). *As implicações do suicídio de adolescentes no funcionamento e estrutura familiar*. [dissertação] Belém: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade da Amazônia.
- Parkes, C.M. (1998) *Luto: estudo sobre a perda na vida adulta*. São Paulo: Summus.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.S. (2007). *Compendio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica*. In: Sadock BJ, Sadock VS, organizadores. Suicídio. (9ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Stroebe, M., Schut, H. (1999). *The dual process model of coping with bereavement: rationale and description*. (p. 197-224) Apr./May. Death studies.
- Souza, N.R., Rasia, J.M. (2006) *Modelo de Reação familiar ao suicídio*. Fam Saúde Desenv; (p.27-117). São Paulo, SP: Cortez.

PSICODIAGNÓSTICO DE PRÉ-ADOLESCENTES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL A PARTIR DO HTP⁷⁸

Mariana Campeti Cuoghi⁷⁹

Christiane Carrijo Eckhardt Mouammar⁸⁰

Resumo

O abuso sexual infantil tem sido considerado um grave problema para a saúde pública do Brasil e do mundo. O objetivo da pesquisa ao qual este trabalho se refere foi realizar um psicodiagnóstico de pré-adolescentes e adolescentes vítimas de abuso sexual para ter acesso às fantasias referentes ao trauma do abuso e às relações das vítimas com o ambiente e com o agressor. Participaram da pesquisa 8 pré-adolescentes/adolescentes do sexo feminino, de 10 a 14 anos de idade, e seus pais/responsáveis. Foi aplicada uma entrevista semiestruturada nos pais/responsáveis e o teste HTP nos pré-adolescentes/adolescentes. A metodologia utilizada foi a qualitativa, com a estratégia de estudo de caso múltiplos. A análise foi feita com base no manual do teste, seguidas de sínteses interpretativas, de tal maneira a ser realizado um estudo psicanalítico sobre os casos e sobre os participantes em geral. Os resultados apontaram principalmente para a presença de ansiedade, regressão, fixação no passado, tendências a comportamentos impulsivos, sentimento de aprisionamento, agressividade, desejo de evitar alguns estímulos visuais, desejo e esperança de mudança de realidade.

Palavras-chave: Violência sexual; Pré-adolescentes; HTP; Psicanálise.

Introdução

O abuso sexual infantil se configura como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Trata-se de um fenômeno complexo, universal, de rápido

⁷⁸ Trabalho decorrente de pesquisa de Iniciação Científica financiada pela FAPESP, finalizada em 2015. marianacuoghi@gmail.com

⁷⁹ Psicóloga graduada pela UNESP de Bauru e mestranda em Psicologia na USP de Ribeirão Preto

⁸⁰ Prof^a Dr^a do Departamento de Psicologia da UNESP de Bauru

crescimento e elevada prevalência na população (Souza & Adesse, 2005) e por isso exige estratégias de abordagem multidisciplinar. À vista disto, a transmissão de informação é imprescindível para a construção e desenvolvimento deste campo de pesquisa e para ajudar a vítima e sua família que tendem a se encontrar em grande sofrimento, aparente ou não.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), violência sexual é *“todo ato sexual não desejado, ou ações de comercialização e/ou utilização da sexualidade de uma pessoa mediante qualquer tipo de coerção”* (Souza & Adesse, 2005). A violência sexual se difere das outras violências físicas principalmente porque está direcionada à satisfação sexual do violentador e ao despertar de sensações sexuais da vítima. Paradoxalmente, apesar de passiva, a criança compartilha psiquicamente da atividade sedutora através de suas fantasias, desejos, afetos, os quais podem contrariar, facilitar ou complicar o ato de sedução (Fuks, 1998).

Segundo Costa (1986), o indivíduo que sofre violência é um sujeito que foi submetido a uma coerção e a um desprazer absolutamente desnecessários ao crescimento, desenvolvimento e manutenção de seu bem estar, ainda que isto não seja compreendido nem sentido conscientemente por ele. A partir disto, a violência sexual pode provocar um trauma, sendo este definido como uma incapacidade do sujeito responder adequadamente a acontecimentos de tamanha intensidade, de modo a acarretar uma desorganização psíquica (Laplanche & Pontalis, 1996).

O abuso sexual em crianças possui um agravante que é a presença de um adulto como agente da violência e, diante da imaturidade das mesmas, ele a toma como objeto de seus desejos. O adulto, então, ocupa o lugar de dominante, sem considerar as necessidades que possa ter o abusado (Fuks, 2006). Pensar o abuso sexual de uma criança ou adolescente é pensar em um ato de tentativa de aniquilação do sujeito, por atacar a sua indefensibilidade. A idéia é que a situação abusiva implica um excesso que não pode ser representado, remetendo a um estado de desamparo, marca de experiências mais primitivas do indivíduo (Brandão, 2008).

Diante disso, a direção de um tratamento terapêutico é lhes oferecer a possibilidade de reconstrução e ressignificação do traumático. Na psicanálise, para a sua sobrevivência, o homem precisa da ação de um Outro que dê conta de seu desamparo, que lhe ofereça significantes (Brandão, 2008). Este é um caminho proposto pela psicanálise que nortearia um atendimento psicoterapêutico às crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual.

Objetivos e Justificativa

Esta pesquisa teve como objetivo realizar uma avaliação psicodiagnóstica, a partir da aplicação do HTP (Buck, 2003), em pré-adolescentes e adolescentes vítimas de abuso sexual e identificar as fantasias e as relações com o ambiente relacionadas ao trauma do abuso.

Visto que a ocorrência da violência sexual intrafamiliar é traumática e atinge intensamente toda a família em diversos aspectos (cognitivos, emocionais, físicos, psíquicos), compreender os elementos da personalidade e as áreas de conflito da criança e do adolescente abusado a partir de uma avaliação psicológica é parte fundamental para orientar um futuro procedimento terapêutico e analítico dedicado às vítimas. Assim, este estudo pretende auxiliar melhor identificar indicadores emocionais de vítimas de abuso sexual infantil, de modo a nortear uma proposição de intervenções psicoterapêuticas mais eficazes e compatíveis com as necessidades destes casos.

Método

Participaram da pesquisa oito pré-adolescentes/adolescentes vítimas de violência sexual intra ou extrafamiliar, de 10 a 14 anos, e seus respectivos pais ou responsáveis legais⁸¹. Estes pré-adolescentes foram selecionados junto à equipe profissional do CREAS (Centro de Referência em Assistência Social) de Bauru-SP, local onde foi realizada a coleta. A tabela abaixo mostra as características dos participantes.

⁸¹ Duas participantes residiam em abrigo, portanto as informações sobre elas foram adquiridas com as psicólogas do abrigo.

DADOS GERAIS DOS PARTICIPANTES

Participante	Sexo⁸²	Idade	Escolaridade	Participante da entrevista inicial	Abusador	Idade em que iniciou o abuso	Quantidade de episódios de abuso
A	Feminino	10	4º ano	Nenhum	Pai	Antes dos 4 anos	Desconhecido
B	Feminino	14	8º ano	Nenhum	Padrasto	Desconhecido	Frequentes
C	Feminino	11	5º ano	Mãe biológica	Vizinho	10	Uma vez
D	Feminino	13	8º ano	Padrasto	Pai	12	Uma vez
E	Feminino	12	7º ano	Mãe biológica	Padrasto	11	Frequentes
F	Feminino	12	7º ano	Mãe biológica	Vizinho	9	Frequentes
G	Feminino	10	5º ano	Mãe biológica	Patrão da mãe	9	Uma vez
H		10	5º ano	Avó materna	Pai	9	Uma vez

Tabela 1

A pesquisa foi realizada na perspectiva qualitativa de investigação científica, tendo em vista que esta busca entender ou dar um sentido às significações dos fenômenos atribuídas pelos sujeitos participantes (Turato, 2003). A estratégia metodológica utilizada foi a de estudos de caso múltiplos, visto que este possibilita principalmente estabelecer comparações, aperfeiçoar e testar teorias, por isso, têm se mostrado mais interessantes para estabelecer contrastes e semelhanças do que estudos com um único caso (Gil, 2009).

Primeiramente, foi feito o contato com a equipe multiprofissional do CREAS de Bauru para a seleção dos participantes. A equipe do CREAS entrou em contato com os responsáveis de cada participante, convidando-os a participarem da pesquisa. Tendo o aceite, marcou-se um primeiro contato com estes responsáveis, em que foi assinado o

⁸² A princípio, desejava-se ter acesso a participantes do gênero feminino e masculino, porém, o atendimento de meninos no CREAS no período estava muito restrito, o que impossibilitou a coleta masculina.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e realizada uma entrevista semi-estruturada, na qual se objetivou ter informações gerais sobre o pré-adolescente/adolescente, dinâmica familiar, histórico do abuso, descrição do ambiente atual e pregresso. Em seguida, foi marcado um encontro com o pré-adolescente/adolescente para a aplicação do HTP, na qual foi solicitado ao participante a realização de 6 desenhos: o da casa, da árvore e da pessoa acromáticos e coloridos, seguidos de um inquérito em cada um. Por fim, foi realizada uma entrevista devolutiva a cada participante.

A análise dos dados foi feita de acordo com o manual do teste (Buck, 2003)., para cada participante, tendo em vista o contexto de vida informado na entrevista semi-estruturada. Posteriormente, foram realizadas duas sínteses gerais de acordo com os indicadores emocionais e características de desenhos mais recorrentes. A primeira foi feita com base na lista de características de desenhos e indicadores emocionais mais frequentes em vítimas de abuso sexual, constadas no manual do HTP. A segunda foi elaborada somente de acordo com a amostra em tese, a qual foi feita uma nova lista de características de desenhos e indicadores emocionais observadas mais recorrentemente, seguidas de possíveis interpretações.

Resultados e Discussão

Para os fins deste trabalho, será apresentada a segunda síntese do trabalho, pois acabou por contemplar em grande parte a primeira síntese. Com as devolutivas realizadas e pensando nas interpretações do teste, foram observadas algumas características dos desenhos e, conseqüentemente, os fatores emocionais vinculados, que foram frequentes na amostra em questão. Na tabela abaixo são apresentadas estas características para serem analisadas.

Características mais frequentes dos desenhos do HTP da amostra pesquisada	
Características	Participantes
	F
Nuvens em qualquer desenho	X
Sol em qualquer desenho	X
Localização horizontal dos desenhos	X
afastada para a esquerda (principalmente	
árvores)	
Presença de grades na casa (portas, janelas)	X
Olhos da pessoa desenhados como buracos	X
ocos	
Troncos das árvores de base alargada	X
Frutas nas árvores	X

Árvores fálicas	
Não-identificação com o desenho da pessoa	
Formas triangulares enfatizadas no desenho da pessoa	X

Tabela 2

Analisando cada característica descrita na tabela, a nuvem é comum aparecer em desenhos de crianças pequenas e indica presença de ansiedade exagerada. Pensando nestas duas interpretações, é possível dizer que 62,5% da amostra apresenta quadro de ansiedade e provavelmente encontram em estados psíquicos regredidos. Por outro lado, a presença do sol nos desenhos é avaliada como positiva, pois pode indicar a presença de luz, ou seja, a esperança de uma mudança de realidade.

A localização horizontal dos desenhos com tendência para o lado esquerdo foi comum principalmente nos desenhos das árvores, embora ainda tenha aparecido nos desenhos das casas e pessoas. Segundo o manual do HTP (Buck, 2003), quanto mais afastado para a esquerda estiver localizado o ponto médio da figura em relação ao ponto médio da folha, maior é a probabilidade de o indivíduo se comportar impulsivamente, buscar satisfação emocional, imediata e direta de suas necessidades e impulsos. Do ponto de vista temporal, está mais preocupado com o passado e está interessado principal e fortemente em si mesmo. Tendo em vista a situação da violência, a tendência a se fixar no passado, um passado traumático, parece ser comum a indivíduos que vivenciaram a experiência abusiva.

A presença de grades na casa variou, algumas participantes as desenharam na porta, outras na janela e outras na casa inteira. Um número grande de grades pode expressar um sentimento de que o cômodo que se encontra atrás das mesmas é uma prisão. Tendo em mente que a maioria dos abusos da amostra ocorreu dentro de casa, é possível pensar que, nos casos em que as grades estavam na janela, pode existir um quarto por detrás, talvez o quarto em que ocorreu o abuso. Nos casos em que toda a casa apresenta grades se pode pensar em uma sensação de aprisionamento ainda maior.

Segundo Iencarelli (2013), o lar habitado por uma família que abriga o abuso sexual se torna um lugar a ser olhado com distância, com o objetivo de não permitir a livre entrada da família extensiva e amigos, a fim de que o abusador mantenha o controle do segredo. O autor ainda propõe que a criança se sente como se estivesse em um confinamento, produzido pela tortura do prazer, “o abuso é uma torre sem janelinhas, rodeada por um largo fosso” (p. 128).

Os olhos representam os receptores dos estímulos visuais e talvez sejam os detalhes mais reveladores da constelação facial do desenho da pessoa (Buck, 2003). Os olhos que mais foram encontrados na amostra foram aqueles desenhados como buracos ocos, os quais são interpretados como uma forte tentativa em evitar estímulos visuais (Buck, 2003). Pode-se pensar que estas crianças/adolescentes presenciaram visualmente situações que não gostariam ou não deveriam ter visto, provavelmente um excesso que seus eus não foram capazes de elaborar. Quando se pensa o que poderia ocorrer em suas mentes quando viam o abusador chegando, ou quando viam o seu órgão genital, sua mão acariciando o corpo e todo o contexto da situação abusiva. Algumas destas participantes, além disso, viviam situações de negligência, violência física, outras presenciaram cenas de sexo de pessoas próximas. Tendo em vista tudo isso, de fato o excesso de estímulo visual foi muito intenso.

A característica da árvore com o tronco de base larga indica, segundo Buck (2003), que o sujeito viveu em um ambiente sem estimulação calorosa e saudável, muito comum nos casos de abuso intrafamiliar. Segundo Campos (2003), este aspecto do desenho indica traços de imaturidade, caráter primitivo, vitalidade, indiferenciação e predomínio da vida instintiva. Estas são características que podem ser vistas em algumas participantes em que se observou certa regressão psíquica, o predomínio do caráter instintual e primitivo apareceu principalmente relacionado à agressividade.

Ainda nas árvores, a presença de frutas, em alguns casos em grande quantidade, é uma característica apontada pelo HTP frequente em crianças e mulher grávidas. Para Campos (2003), indica desejo de maturação, de compreender os problemas da vida. Na infância e na adolescência, aponta para um gosto de resultado imediato, um desejo de triunfar, além de impaciência. Desse modo, pensa-se que os frutos não indicam aspectos muito negativos, assim como o sol, pode mostrar uma esperança de mudança, a partir de uma melhor compreensão de suas vidas.

As árvores fálicas identificadas na amostra foram desenhadas com galhos pontudos e finos saindo do meio do tronco. Esta característica pode indicar agressividade, sadismo e sentimento de que o núcleo da personalidade está sendo lesado, normalmente encontrado em crianças com crescimento emocional bloqueado e que apresentam esforços hesitantes para retomar este crescimento (Campos, 2003). Estes traços são frequentemente apresentados por crianças abusadas, pois dependendo do modo, da frequência e do grau de parentesco que existia com o abusador, há um sentimento de lesão do eu, pois a criança vive um excesso de difícil representação.

Nos desenhos da pessoa, a grande maioria das participantes não se auto retratou, em geral, a pessoa desenhada foi a mãe ou amigo, ou mais de uma pessoa. Pensando que o desenho da figura humana é uma forma de manifestação dos aspectos inconscientes e expressivos da personalidade, além de ser uma representação corporal (Campos, 2003), é possível fazer algumas considerações.

O corpo tem a função de dar existência e identidade ao sujeito, ele abriga e manifesta o que cada um é e não há substituto a ele. Vivem-se emoções e sentimentos através do corpo, além de serem expressos por ele desejos e prazeres (Iencarelli, 2013). É este corpo o alvo de ataques do abuso sexual, é onde passará a acontecer uma luta contra a violência, portanto, pode-se pensar que pode existir nas participantes um medo do próprio corpo, o qual pode ser enlouquecedor, pois não há como se livrar de um corpo que é capaz de seduzir o adulto abusador. O fator atrativo para o outro faz com que a vítima se sinta encarcerada em sua própria pele, e isto intensifica ainda mais o sentimento de culpa (Iencarelli, 2013). Tudo isto tende a produzir uma deformação da autoimagem, fracassando o processo de construção de identidade, uma hipótese explicativa para a tendência a não se autorretratar no desenho da pessoa.

A última característica, formas triangulares enfatizadas, foi citada por Buck (2003) como característica de desenhos de vítimas de abuso, contudo não constou nenhuma interpretação.

Diante destas interpretações, é possível fazer uma síntese de fatores emocionais que mais apareceram na amostra da pesquisa:

1. Ansiedade exagerada;
2. Estado psíquico regredido;
3. Fixação no passado;
4. Tendência a comportamentos instintivos e impulsivos;
5. Sentimento de aprisionamento;
6. Desejo de evitar alguns estímulos visuais;
7. Agressividade;
8. Núcleo do eu parcialmente comprometido;
9. Falhas na castração edípica;
10. Desejo e esperança de mudança da realidade.

Tendo em vista as consequências relacionadas ao abuso sexual pesquisadas na literatura, este levantamento de aspectos emocionais, fantasias inconscientes e

relações interpessoais observados por meio da aplicação do HTP, tendem a elucidar que a experiência da violência pode causar danos severos no psiquismo da criança e do adolescente. É necessário considerar, contudo, as particularidades de cada caso, os quais envolvem a frequência do abuso, o grau de parentesco que a adolescente tinha com o abusador, a idade com que aconteceu o(s) episódio(s) e toda a história de vida da criança.

Houve dois casos que mostraram problemas os quais não é possível dizer se estão relacionados com a vivência do abuso. Um deles apresentou grande prejuízo linguístico, a ponto de dificultar a aplicação do teste; não se conhece desde quando ele ocorre e como iniciou, seria necessária maior investigação a respeito, inclusive neurológica. No segundo caso, o maior conflito que apareceu nos desenhos e no inquérito foi a perda da mãe da participante, a qual havia falecido quando ela era bebê. É mais cauteloso, desse modo, afirmar que não se sabe se as principais características dos desenhos destas duas participantes indicam fatores emocionais relacionados ao abuso.

Os outros seis casos apontaram para algumas sequelas psíquicas as quais podem ser pensadas como decorrentes do abuso. Esta é uma conclusão a que se chegou por analisar um conjunto de características emocionais apresentadas em cada caso que foram encontradas anteriormente na literatura como consequências frequentemente causadas por uma violência sexual. Por exemplo, hipersexualização, manifestação de agressividade, tendência a se fixar no passado e sentimento de aprisionamento.

Outro ponto a se ressaltar sobre estes casos é em relação à figura materna. Em alguns casos, a interpretação do teste ou o relato das participantes apontaram para uma ausência da mãe, ou a mãe como uma figura idealizada, ou mães negligentes aos cuidados maternos e à situação do abuso, ou para uma relação simbiótica mãe e filha.

Nesse sentido, Bollas (1992) aponta que quando o pai comete um ato incestuoso, ele está desestruturando a relação da criança com ele como pai, pois este age em nome da mãe. Ele reapresenta o corpo da mãe e anula o falo como objeto intrapsíquico que auxilia a evolução da criança para a independência. Desse modo, a vítima se vê projetada de volta para uma relação primitiva com a mãe, portanto, uma das consequências traumáticas do incesto é uma distorção temporal, no qual a criança é mandada de volta a uma relação confusa com a mãe. Esta pode ser uma hipótese sobre a aparição constante da mãe nos desenhos das participantes.

Conclusão

A violência sexual se insere em um campo de estudo complexo e inquietante. Pensar no abuso sexual é considerar aspectos sociológicos, antropológicos, políticos, jurídicos, clínicos, psicológicos. Quando se passa a refletir a partir de conceitos psicanalíticos, o campo inclui muitos conceitos, os quais devem ser amplamente discutidos. Alguns deles devem ser compreendidos em cada caso e a Psicanálise pode trazer contribuições para a compreensão e intervenção junto às vítimas.

Compreender os elementos da personalidade e as áreas de conflito da criança e do adolescente abusado a partir de uma avaliação psicológica é fundamental para se ter acesso a algumas consequências psíquicas e emocionais decorrentes do abuso sexual e, conseqüentemente, nortear uma proposição de intervenções psicoterapêuticas mais eficazes e compatíveis com as necessidades destes casos. A utilização do teste projetivo HTP mostrou-se útil como ferramenta para se atingir estes propósitos.

Esta pesquisa trouxe contribuições sobre a relevância de ser feita um psicodiagnóstico de pré-adolescentes e adolescentes vítimas de violência sexual, além de ser fundamental que se possa ter acesso às fantasias inconscientes relacionadas ao trauma da violência. Os dados deste estudo confirmam dados da literatura, e apontam a complexidade deste fenômeno e a necessidade de cuidado e atenção que devem ser dados às vítimas, em especial aos pré-adolescentes/adolescentes.

Referências

- Brandão, P. M. C. (2008). *O sujeito abusado da psicanálise*. Rio de Janeiro: Universidade Estadual.
- Bollas, C. O. (1992) O trauma do incesto. In. *Forças do destino*, Rio de Janeiro: Imago.
- Buck, J. N. (2003). *HTP Manual e Guia de Interpretação*. (R. C. Tardivo, Trad.). São Paulo: Vetor (Trabalho original publicado em 1964).
- Campos, D. M. de S. (2003). *O teste do desenho como instrumento de diagnóstico da personalidade*. Petrópolis: Vozes.
- Costa, J. F. (1986). *Violência e psicanálise* (2a ed). Rio de Janeiro: Graal.
- Fuks, L. B. (1998). Abuso sexual de crianças na família: reflexões psicanalíticas. *Percurso*, (20), 120-126.
- Fuks, L. B. (2006). *Consequências do abuso infantil*. Recuperado em 5 de março de 2014, de <http://www2.uol.com.br/percurso/main/pcs36/36Fuks.htm>
- Gil, A. C. (2009). *Estudo de caso*. São Paulo: Atlas.

Iencarelli, A. M. B. (2013). *Abuso sexual: uma tatuagem na alma de meninos e meninas*. São Paulo: Zagodoni.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1996). *Vocabulário da psicanálise* (2a ed). São Paulo: Martins Fontes.

Souza, C. M., & Adesse, L. (Orgs.). (2005). *Violência sexual no Brasil: perspectivas e desafios*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres.

Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis: Editora Vozes.

QUALIDADE DE VIDA: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA VELHICE SOB A PERSPECTIVA DO IDOSO

Claudia Nakayama Miske⁸³

Claudia Yoshico Hamada¹

Sueli dos Santos Vitorino⁸⁴

Geovana Mellissa Castrezana Anacleto⁸⁵

RESUMO

Os idosos, a velhice e tudo o que se relaciona a ela são temas cada vez mais em evidência e que têm ganhado espaço nas manifestações sociais devido ao aumento da longevidade. O objetivo geral deste trabalho foi conhecer os significados sobre a velhice e suas possíveis influências na Qualidade de Vida (QV) na visão dos idosos. Os objetivos específicos foram levantar o nível de QV e averiguar se e como a percepção de velhice repercute na qualidade de vida. A pesquisa ocorreu com residentes de uma vila exclusiva para idosos, numa cidade da região do alto Tietê, e cujos vínculos familiares estão fragilizados ou rompidos. Foram considerados dois instrumentos: um questionário e um roteiro de entrevista semiestruturado construídos pelas pesquisadoras considerando a peculiaridade da amostra. O plano de análise dos resultados previu exame misto (qualitativo: análise de conteúdo, e quantitativo: descritivo). Os dados coletados permitiram compreender que a QV dos idosos é tida como boa; as percepções que repercutem na QV são representações sociais do Biológico e Utilitarista, pois enfatizam a saúde e a inutilidade para o trabalho. Conclui-se que são necessárias mais pesquisas sobre o tema.

Palavras-chave: qualidade de vida, envelhecimento, psicologia, percepção subjetiva.

INTRODUÇÃO

⁸³ Graduanda do curso de Psicologia, Universidade de Mogi das Cruzes-UMC

⁸⁴ Doutoranda em Psicologia Clínica, IPUSP

⁸⁵ Mestre em Ciências do Envelhecimento, Faculdades Educatie e UMC.

QUALIDADE DE VIDA

O conceito de Qualidade de vida, para Irigaray e Trentini (2009), é um construto multidimensional, uma combinação de critérios subjetivos e objetivos que são influenciados por valores individuais e sociais. É também influenciada pelo envelhecimento saudável, com autonomia – física e financeira – e sem perda do controle de sua própria vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS) é o maior expoente na produção de estudos e orientações especificamente voltados à Qualidade de Vida (QV), tendo criado um grupo de estudos [World Health Organization Quality of Life (WHOQOL)] composto por expertises de diversas áreas para discutirem e elaborarem um conceito de QV que atendesse os seus múltiplos aspectos e considerasse a diversidade de vida nos diversos países do mundo. O grupo definiu QV, de forma geral, como: “a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, considerando o contexto de sua cultura e de acordo com os sistemas de valores da sociedade em que vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994 como citado em Fleck *et al.*, 1999 p. 179).

VELHICE E ENVELHECIMENTO

O conceito de idoso varia entre as culturas e através dos tempos. A ONU (Organização das Nações Unidas) e a OMS (Organização Mundial da Saúde) definem os idosos, nos países desenvolvidos, a partir de 65 anos e nos países em desenvolvimento, a partir dos 60 anos, já no Brasil, o Estatuto do Idoso (Brasil, 2006), define como idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 60 anos.

A percepção de ser idoso é condicionada por atitudes e práticas ideológicas da sociedade em relação a ele, por isso, constitui uma visão de mundo o ser e estar idoso (Faller, Teston & Marcon, 2015). Assim, a velhice pode também ser compreendida como um fato cultural (Beauvoir, 1970/1990) e influenciada por esta. Além dos fenômenos sociais, biológicos e psicológicos, há de se considerar as perdas significativas da idade que podem afetar a autoestima e determinar a mudança de papéis sociais (Fleck, 2009, como citado em Faller, Teston & Marcon, 2015). No Brasil, por sua grande diversidade cultural, social e territorial, há diferentes crenças sobre saúde/doença e expectativas quanto ao tratamento e prevenção (Faller *et al.*, 2015). Pesquisas no Brasil indicam que a demanda de idosos irá sobrepor-se à de jovens

adultos (Witter, 2010), o que ocasionará uma sobrecarga à sociedade com custos de saúde e previdência.

Segundo Faller, Teston e Marcon (2015), o meio mais eficaz para a obtenção de dados é dar voz aos idosos e compreender suas percepções. Entender os significados do envelhecimento a partir da reflexão dos próprios idosos apresenta-se como um caminho seguro para alcançar um entendimento de suas reais necessidades, angústias e esperanças (Ferreira, Maciel, Costa, Silva & Moreira, 2012).

Com o passar dos anos diversas perdas são vivenciadas, tais como separações, mudanças no emprego, no estado civil, saída de casa de filhos, perda de autonomia e da saúde, além da temida morte (Kübler-Ross, 2008). Todas estas mudanças podem despertar angústia e sofrimento, o que demanda um complexo trabalho de elaboração e readaptação por parte dos indivíduos (Jardim, Medeiros & Brito 2006 como citado em Faller *et al.*, 2015 p. 134). Essas perdas são lutos em que se espera que o idoso terá com mais frequência durante a velhice, a pesquisadora Kübler-Ross definiu que há cinco estágios para a elaboração da morte/perda: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (Kübler-Ross, 2008).

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

O conceito de Representações Sociais, embora oriundo da sociologia de Durkheim, ganha sua teorização na psicologia social, desenvolvida por Serge Moscovici e aprofundada por Denise Jodelet. A Teoria das Representações Sociais oferece importante contribuição teórica e possibilita trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e diversidade. O estudo do fenômeno de representações sociais proposto por Moscovici trata de fatores importantes da sociedade atual como a produção de novos sentidos comuns. Considera três aspectos fundamentais: a perspectiva do ambiente social em que o indivíduo ou grupo ocupa, a disponibilidade a repertórios culturais próprios e o envolvimento em interações que levam à produção das representações sociais (Souza Filho *et al.*, 2014).

VELHICE NA VISÃO DA PSICANÁLISE

Freud não escreveu especificamente sobre a velhice, mas de acordo com a teoria psicanalítica o inconsciente não envelhece. Assim sendo, o envelhecimento não modificaria o psiquismo. Segundo Freud:

Os processos do sistema Inconsciente são atemporais, isto é, não são ordenados temporalmente, não são alterados pela passagem do tempo, não têm relação nenhuma com o tempo. A referência ao tempo também se acha ligada ao trabalho do sistema cs (Freud, 1914-1916/2010, p.93).

Erik Erikson trabalha o conceito de ciclo vital que ocorre em etapas, onde cada fase influencia a seguinte. Erikson criou oito estágios aos quais denominou de estágios psicossociais, e que descrevem algumas crises pelas quais o ego passa ao longo do ciclo vital. A pessoa idosa encontra-se no último estágio denominado Integridade x Desespero e, de acordo com Erikson, é onde a pessoa recapitula, avalia e aceita sua vida, para poder aceitar a chegada da morte. O autor diz que de acordo com os efeitos das crises anteriores o indivíduo será capaz de lutar para atingir um senso de coerência e integridade. A contrapartida negativa se dá quando a pessoa entra em desespero ao entrar em contato mais imediato com a finitude e surge um sentimento de nostalgia e a tristeza (Erikson, 1976 como citado em Chiuzy, Peixoto & Fusari, 2011).

JUSTIFICATIVAS E OBJETIVOS

JUSTIFICATIVA

Os idosos e tudo o que se relaciona ao envelhecimento são temas cada vez mais em evidência e têm ganhado espaço nas manifestações sociais devido ao aumento da longevidade, o que gera interesse na qualidade de vida nesses anos conquistados. O trabalho proposto é importante uma vez que diz respeito a responder a uma demanda crescente da população, que traz consigo questões singulares como a necessidade prática de se organizar para viver essa fase.

OBJETIVO GERAL

O objetivo geral deste trabalho foi conhecer os significados auto-relatados sobre a velhice e suas influências na qualidade de vida de residentes em uma vila exclusiva para idosos numa cidade da região do alto Tietê.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

(1) identificar o nível de Qualidade de Vida dos idosos (2) investigar a percepção de velhice que os idosos têm (3) averiguar se e como a percepção de velhice repercute na

qualidade de vida (4) verificar se e como os idosos lidam com seu próprio envelhecimento.

MÉTODO

Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres Humanos sob número: **CAAE**: 55231516.0.0000.5497/2016.

Para este estudo foram considerados três instrumentos: WHOQOL-OLD um instrumento validado para a população brasileira (já utilizado em estudos anteriores recentes) que avalia a Qualidade de vida, e um questionário e roteiro de entrevista construído pelas pesquisadoras considerando-se a peculiaridade da amostra.

Foi feita uma entrevista individual com cada participante com objetivo de coletar os dados e informações necessários para formação de um quadro geral de percepções individuais que permitiu distinguir a percepção do idoso acerca de seu próprio envelhecimento. Para isso foram utilizados um questionário e um roteiro de entrevista semidirigida criados pelas pesquisadoras.

TIPO DE ESTUDO

A pesquisa foi de campo, com delineamento descritivo, de corte transversal prospectivo. Segundo Lakatos e Marconi (2015), o delineamento descritivo tem por finalidade a análise das características dos fatos ou fenômenos, avaliação e isolamento das principais variáveis. É utilizado devido à característica precisa e controle estatístico e utiliza técnicas como entrevistas, questionários e formulários. Os estudos de coorte são utilizados para definir uma população com determinadas características e prospectivo, pois se dá no presente, com previsão de acompanhamento determinado, com a vantagem de possuir rigor científico que alcança o delineamento experimental (Gil, 2002). A análise qualitativa dos dados abordados neste recorte, utilizou o aporte teórico da análise de conteúdo de Bardin (2006).

PARTICIPANTES

Participaram desse estudo dez pessoas, com sessenta anos e mais, autônomos, moradores de uma vila de idosos, de ambos os gêneros, de qualquer classe econômica.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Perda cognitiva que impedisse a coleta de dados. Ninguém foi excluído durante o atendimento.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram desse estudo dez pessoas, quatro mulheres e seis homens, com idade média de 68,9 anos. A maioria dos participantes têm Ensino Fundamental Completo, sendo que dois têm Ensino Fundamental Incompleto, dois têm Ensino Médio Completo, um tem Ensino Superior Completo e um não é alfabetizado. Em sua maioria (oito participantes) declararam ter religião e o mesmo número declarou morar sozinho há mais de dez anos, sendo que os outros dois participantes residem sozinhos entre cinco a dez anos. Os motivos para não residirem com alguém são: desavença familiar, separação ou morte do cônjuge e saída dos filhos de casa

Dos dez participantes seis são aposentados, mas nove declararam receber algum tipo de benefício social ou outro tipo de renda como auxílio dos familiares. A renda média é de R\$ 769,00. Do total de participantes, sete têm filhos, oito declararam manter contato com algum familiar e oito dizem que têm amigos, mas estes, em sua maioria (oito participantes) restringem-se à vizinhos e pessoas da igreja que frequentam. Oito, dos dez participantes, disseram ter algum tipo de problema de saúde, sendo que sete relataram dificuldades de locomoção e/ou memória e oito disseram que não ter nenhuma dificuldade na execução das tarefas diárias.

Quando questionados sobre “*O que pensavam sobre velhice?*” cinco (50%), fizeram declarações com sentimento negativo, sendo que dois (20%) possuem algum tipo de crença (não necessariamente religiosa) ou percepção, conforme Faller, Teston e Marcon (2015), todas as etapas de vida englobam perdas e ganhos e depende da forma como são vivenciadas. Dias (2014), refere que cada estágio conforme Winnicott, na teoria do amadurecimento, depende do sucesso alcançado e da resolução dos estágios anteriores caso estes não sejam satisfatoriamente solucionados, esse processo é paralisado estabelecendo-se um distúrbio emocional.

Qualidade de vida para três (30%) dos dez participantes, possui relação com a saúde e dois (20%) fazem referência ao bem-estar físico. Oito (80%) consideram que sua

qualidade de vida é boa. Este conceito está relacionado à percepção individual, conforme Irigaray e Trentini (2009) e está associado às condições do ambiente em que vivem, pois permitem que seu comportamento seja adaptado à qualidade de vida percebida.

Três (30%) dos participantes consideram que a saúde é um fator determinante para se ter uma qualidade de vida melhor e dois (20%) declaram ser a condição financeira, segundo Minayo (2000) a noção sobre a Qualidade de vida depende do modo, condições e estilo de vida. Quanto à saúde, entrelaçam-se a um constructo social de padrões pré-estabelecidos.

Para quatro (40%) idosos 'ser velho' remete a sentimento negativo e 3 (30%) disseram que é ter experiência. Todos os dez participantes declararam não se sentir velhos porque têm saúde. Dentre os participantes, nove (90%) participantes referiram ter tido alguém conhecido que faleceu recentemente, desse total, três (30%) disseram sentir tristeza e saudade, o que é normal no luto. Conforme Kübler-Ross (2008) a fase de tristeza é uma das cinco fases de elaboração do luto, o que é corroborado por diversos estudos que apontam que nessa faixa etária há frequência de morte de idosos, sendo a perda dos pares relatada por essa população estudada vai ao encontro do esperado.

CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com os objetivos firmados, os dados coletados permitem compreender que, referindo-se à qualidade de vida (objetivo 1) ela é mensurada pelos idosos como relacionada à saúde e ao bem-estar físico, portanto à noção de autonomia e capacidade laborativa, não incluindo outros parâmetros como educação e lazer, portanto uma representação social ligada ao biológico, já que a saúde física foi enfatizada. Isso ficou evidenciado nas afirmativas dos idosos entrevistados que demonstraram preocupar-se com necessidades básicas relacionadas a uma melhor alimentação e assistência médica.

A percepção de velhice que os idosos têm (objetivo 2) remetem a uma representação social ligada à utilitarismo, uma vez que há, nas afirmativas, a noção de que quem é velho é aquela pessoa que carece de saúde, e como não tem saúde e não pode trabalhar, é considerada inútil.

Abordando a averiguação de como a qualidade de vida repercutia na percepção de velhice (objetivo 3), para os entrevistados é exatamente a saúde e a condição

financeira que faltam para considerarem boa sua qualidade de vida, mas oito (80%) disseram que considera sua qualidade de vida boa. Quanto a verificar como os idosos lidam com seu próprio envelhecimento (objetivo 4), nove dos 10 entrevistados, teve alguém conhecido que faleceu recentemente e disseram que sentem tristeza e saudade, o que reflete a falta de discussão e preparação para a morte.

REFERÊNCIAS

Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo* (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trad.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977).

Beauvoir, S. (1990). *A velhice* (3ª ed.). (M. H. F. Monteiro, trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Chiuzi, Rafael Marcus, Peixoto, Bruna Ribeiro Gonçalves, & Fusari, Giovanna Lorenzini. (2011). *Conflito de gerações nas organizações: um fenômeno social interpretado a partir da teoria de Erik Erikson*. *Temas em Psicologia*, 19(2), 579-590. Recuperado em 02 de novembro, 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000200018&lng=pt&tlng=pt.

Dias, E. O. (2014). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott* (3ª ed.). São Paulo: DWW Editorial.

Faller, J. W., Teston, E. F., Marcon, S. S. (2015). *A velhice na percepção de idosos de diferentes nacionalidades*. *Texto contexto - enfermagem*, Florianópolis, 24(1), 128-137.

Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., Moreira, M. A. S. P. (2012). *Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional*. *Texto contexto - enfermagem*, Florianópolis, 21(3), 513-518.

Fleck, M.P. A., Leal, O. F., Louzadas, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, A. G., Santos, L., Pinzon, V. (1999). *Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100)*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, 21(1), 19-28.

Fleck, M.P.A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., Pinzon, V. (1999). *Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)*. Revista de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 33(2), 198-205.

Freud, S. (1914-1916). *O Inconsciente*. In: *Introdução ao narcisismo, Ensaios de Metapsicologia e Outros textos*. V.12, p. 93.

Gil, A. C. (2002). *Como Elaborar Projeto de Pesquisas* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.

Irigaray, T. Q., Trentini, C. M. (2009). *Qualidade de vida em idosos: a importância da dimensão subjetiva*. Estudos de Psicologia, Campinas, 26(3), 297-304.

Jardim, V. C. F. da S., Medeiros, B. F., Brito, A. M. (2006). *Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 9 (2), 25-34.

Kübler-Ross, E. (2008). *Sobre a morte e o morrer: o que os pacientes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e seus próprios parentes* (9ª ed.). São Paulo: WMF Martins Fontes.

Lakatos, E. M., Marconi, M. de A. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica* (5ª ed.). São Paulo: Atlas.

Lei nº 10.741, de 01/10/2003 (2013). (3ª ed.). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso, e dá outras providências Brasília: Edições Câmara.

Recuperado em 10 de dezembro, 2015,
<http://www2.camara.leg.br/responsabilidade-social/acessibilidade/legislacao-pdf/LegislaoIdoso.pdf>

Minayo, M. C. de S., Hartz, Z. M. A., Buss, P. M. (2000). *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 5(1), 7-18.

Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.

Souza Filho, E. A. de, Ferreira, V., Lopes, M. J., Mendes, F. R. P., Silva, A. O. (orgs). (2014). *Representações Sociais dos Idosos no Rio de Janeiro: implicações para a vida, estudo, trabalho e lazer. In: Envelhecimento: estudos e perspectivas*. (1ª ed.). São Paulo: Martinari.

Witter, G. P. (org). (2010). *Envelhecimento: referenciais teóricos e pesquisas*. (2ª ed.). Campinas: Alínea.

FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL NA PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES

Giovana Telles Jafelice⁸⁶

João Fernando Marcolan⁸⁷

RESUMO

Objetivo de verificar junto aos profissionais de Saúde Mental a compreensão de multi, inter e transprofissionalidade, como se davam as relações no cotidiano dos equipamentos de Saúde e como influenciaram a formação dos residentes. Utilizou-se a Análise de Conteúdo como referencial metodológico. Foram entrevistados onze profissionais de três serviços formadores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIFESP. Observaram-se dificuldades teóricas e técnicas em conceituar tais modalidades de integração disciplinar e pouca problematização destas na realidade dos trabalhadores de Saúde Mental. Discutiu-se o papel das Residências Multiprofissionais na formação de profissionais para os serviços substitutivos propostos pela Reforma Psiquiátrica. Estas precisam se aproximar efetivamente das Políticas Públicas em Saúde e resgatar seu potencial político e pedagógico de transformação social. Da forma como se desenvolveu o Programa, tais atribuições e mudanças paradigmáticas na formação dos residentes ficaram comprometidas.

Palavras- chaves: Saúde Mental; Abordagem de Tratamento Interdisciplinar; Políticas Públicas; Educação.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica Brasileira preconiza o Paradigma da Atenção Psicossocial, a destacar a interdisciplinaridade como elemento do cuidado em Saúde Mental (Amarante, 2007). O foco é o usuário em sofrimento e demais aspectos de sua vida, a exigir práticas profissionais criativas e solidárias, capazes de transitar pela complexidade de conhecimentos e suas diversas dimensões, a permitir a construção de vínculos (Tavares, 2005) e a integralidade da atenção.

⁸⁶ Psicóloga. Especialista em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional da UNIFESP. Mestranda em Ciências da Saúde pela UNIFESP. gi_jafelice@yahoo.com.br

⁸⁷ Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor associado da Escola Paulista de Enfermagem (EPE) - UNIFESP

Japiassu (1976) considera a disciplinaridade uma área homogênea de estudo, com fronteiras bem delimitadas, pensada a partir de relações de poder e formas de controle da produção do discurso. Tavares (2005) considera como desafios à interdisciplinaridade em equipes de Saúde Mental, a força da tradição positivista e biocêntrica no tratamento, os espaços de poder e a própria estrutura da lógica disciplinar e a organização das instituições de ensino. Destaca-se a importância da apropriação das políticas públicas, da rede de atenção e dos fundamentos da Clínica Ampliada (Costa, 2007).

A formação de profissionais em serviço se mostra essencial neste contexto, especialmente porque as instituições formativas ainda se apresentam pouco presentes nas discussões colocadas pela Reforma Psiquiátrica (Furtado & Campos, 2005). De acordo com a legislação brasileira (Lei 8080/90), cabe à União a participação na política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a Saúde - pressuposto que originou os programas de Residência Multiprofissional em Saúde, em 2005. Estes são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais, e abrangem diversas profissões da área da Saúde (Portaria Interministerial 1077/09). São instrumentos de transformação dos processos de trabalho, incentivam a interdisciplinaridade, o questionamento constante das práticas, o cuidado mais qualificado e resolutivo aos usuários e a produção de tecnologias de atenção diferentes das vivenciadas na graduação (Lima & Santos, 2012). Também a reflexão dos serviços formadores sobre suas práticas e potencialidades e desafios para transformá-las (Nascimento & Oliveira, 2010).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) existe desde o ano de 2011 e os residentes atuavam em equipes multiprofissionais em diferentes serviços. A autora deste estudo fez parte dos residentes ingressantes em 2013 e atuou em dez equipamentos. A partir dessas vivências observou-se o trabalho multiprofissional de modo incipiente em muitos dos serviços formadores e a inserção dos residentes nos equipamentos se dava de maneira complexa e frágil na interação com as “equipes fixas” destes campos, o que apontou para necessidade de escuta destes profissionais, também relacionada à importância de problematizar como vinha se dando este Programa e a formação em Saúde Mental.

OBJETIVOS E JUSTIFICATIVAS

O objetivo inicial foi compreender de que modo os profissionais dos serviços formadores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIFESP entendiam trabalho multi, inter e transprofissional em Saúde Mental e como se davam estas articulações na prática destes equipamentos. A partir disso, como podiam impactar a formação de futuros profissionais do SUS e a concretização dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica.

Esta pesquisa se justificou na medida em que a Residência Multiprofissional é a principal ferramenta de formação em Saúde Mental para diversas categorias profissionais, elemento fundamental na consolidação dos pressupostos da Reforma Psiquiátrica no SUS, e ainda carece de estudos acadêmicos a respeito da vivência de profissionais e alunos nestes Programas.

MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo e qualitativo, referencial metodológico da Análise de Conteúdo (Bardin, 1977). Participaram profissionais de três campos de prática da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIFESP no ano de 2013, sendo Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO) da Prefeitura Municipal de São Paulo-SP, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatório de atenção a crianças e adolescentes do Departamento de Psiquiatria da UNIFESP.

Responderam às questões norteadoras profissionais de nível superior das equipes fixas dos serviços. Amostra definida por conveniência e composta, em cada equipamento, por um profissional da coordenação e pelo menos dois ligados diretamente à assistência, com diferentes formações. Critérios de inclusão de estar no mínimo há um ano na unidade e participado de atividades junto aos residentes.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP aprovou a pesquisa sob parecer número 647.539/2014. As entrevistas se deram com gravação em áudio e transcrição literal. Foram retirados maneirismos de linguagem.

Elaborado pelos pesquisadores, o instrumento de coleta de dados possuía informações do participante e as seguintes questões norteadoras: O que você entende por trabalho em equipe multiprofissional em Saúde Mental?; Você considera que há trabalho em equipe multiprofissional no serviço em que atua?; Qual o maior desafio do trabalho em equipe multiprofissional na sua unidade?, Como você percebe a participação dos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde

Mental neste campo?; Qual a sua percepção do trabalho multiprofissional dos profissionais da unidade junto aos residentes?

RESULTADOS

Foram entrevistados onze profissionais em junho e julho de 2014, sendo quatro do CECCO, quatro do CAPS e três do ambulatório. Responderam às questões uma enfermeira, três médicos, duas terapeutas ocupacionais, duas assistentes sociais, duas psicólogas e uma cientista social. Não foram identificados os profissionais ligados a cada equipamento, considerada a garantia de sigilo.

A idade dos participantes variou de 31 a 63 anos e a média foi de 45 anos. O tempo de trabalho na unidade variou de 1 a 16 anos, com média de 7 anos. Houve variação de 7 a 39 anos e média de 21 anos no tempo de graduação.

A partir das respostas foram elaboradas três categorias: Definição de trabalho em equipe multi, inter e transprofissional em Saúde Mental; Percepções a respeito do trabalho em equipe multi, inter e transprofissional nas unidades em que atuavam; e Percepções sobre o trabalho desenvolvido pelos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIFESP.

Na primeira, a maioria dos participantes se aproximou da ideia de trabalho em equipe multiprofissional em Saúde Mental, destacada a presença de diferentes categorias nesta modalidade de integração disciplinar. Cerca da metade dos entrevistados se aproximou da ideia de interprofissionalidade, na qual há trocas e decisões compartilhadas entre os profissionais. O mesmo número de pessoas respondeu de acordo com as propostas transdisciplinares, especialmente os membros do CECCO. Houve destaque da ideia de dissolução de fronteiras entre as áreas profissionais, mas também questionamento, por parte dos entrevistados, sobre a viabilidade desta prática na realidade dos serviços de Saúde. Diversos participantes reconheceram a ausência de problematização sobre estes conceitos na prática cotidiana e alguns não responderam por desconhecer os conceitos.

Na segunda categoria, houve participantes do CAPS que consideraram que o trabalho no equipamento em que atuavam se dava de modo multiprofissional e outros, interprofissional. No CECCO, a maioria considerou a prática de sua equipe transdisciplinar e, no ambulatório, a maioria observou que as práticas de integração

disciplinar se davam naquele serviço apenas quando havia inserção da Residência Multiprofissional naquele equipamento. Destacaram alguns desafios à prática em equipe multiprofissional onde atuavam, como a centralidade das ações na figura do médico e a hierarquização das relações de equipe; a falta de profissionais e de formação adequada; a ausência de condições institucionais e de infraestrutura física; e a dificuldade de integração dos diferentes saberes na prática em equipe. Como aspectos potencializadores das modalidades de integração disciplinar, foram consideradas a importância destas abordagens no cuidado ampliado do usuário e aspectos da organização dos próprios serviços, como a abertura ao diálogo e a ação conjunta dos membros das equipes; a garantia de espaços de discussão e estudo; a presença de referenciais teóricos comuns entre os profissionais; e a experiência e comprometimento com a prática. Neste espaço, optou-se por problematizar com mais profundidade a terceira categoria, na qual os entrevistados responderam de modo mais específico sobre o trabalho desenvolvido junto aos residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIFESP, observadas as potencialidades e desafios desta modalidade de ensino e alguns entraves na elaboração e execução do projeto pedagógico- assistencial da Residência nas unidades.

Quanto às potencialidades percebidas no Programa, todos os entrevistados valorizaram a presença dos residentes nas unidades em que atuavam, por permitir trocas mútuas. Foi também destacada a motivação e boa formação dos alunos.

O pouco tempo de atuação dos residentes em cada campo de estágio, especialmente no CECCO e no CAPS e as dificuldades de interação com a equipe fixa foram destacados como desafios. Foi considerado que havia alunos mais disponíveis do que outros e que, por vezes, a própria rotina do serviço não favorecia a integração destes com a equipe do campo de estágio. Para alguns entrevistados, eram os residentes os responsáveis por trazer ao serviço a demanda de produção de cuidado em rede, muitas vezes ausente ou incipiente nos equipamentos formadores e elemento central nas propostas da Reforma Psiquiátrica.

A maioria dos profissionais observou inexistência e dificuldades na elaboração de projeto pedagógico- assistencial para a atuação dos residentes nos equipamentos, que, muitas vezes, foi desenvolvido ao longo da passagem das diferentes turmas de alunos. No CECCO, foram citadas mudanças institucionais que interferiram neste processo, tanto do campo de estágio quanto da organização do Programa de

Residência; enquanto no ambulatório, os entrevistados enfatizaram a ausência de supervisão específica de algumas áreas da Residência e o fato de não terem sido avisadas com antecedência da chegada dos alunos como entraves.

DISCUSSÃO

Para Lobosque (2012), especificamente na Saúde Mental, a formação ainda é um dos grandes desafios para a efetiva implantação da Reforma Psiquiátrica, o que é também percebido por Jesus e Araujo (2011) sobre a politização na formação em serviço, produtora de novas maneiras de cuidado e organização do processo de trabalho. A Residência Multiprofissional tem como potência promover integralidade do cuidado e problematização da realidade nacional, aproximando os alunos do enfrentamento à cultura antimanicomial (Jesus & Araujo, 2011).

A formação comprometida com a Reforma Psiquiátrica e o SUS e com o desenvolvimento de trabalhadores-cidadãos, que atuem também de modo político, é outra importante aposta da Residência Multiprofissional em Saúde Mental, não citada pelos entrevistados. Neste estudo, os residentes levavam aos equipamentos a demanda de produção de cuidado em rede, nem sempre existente nos serviços universitários da UNIFESP e central para as propostas de Reforma Sanitária e Psiquiátrica. No CECCO e no ambulatório, a Residência Multiprofissional significou ampliação da ação dos equipamentos.

Nascimento e Oliveira (2010) percebem a Residência como possibilidade de qualificação profissional para além dos residentes, também para os serviços, uma vez que a reflexão é estimulada, ampliando as possibilidades de transformação. A desterritorização dos saberes e a descentralização das práticas são consideradas por Lobosque (2012) características centrais das Residências Multiprofissionais, cujas atividades não inserem os residentes apenas em serviços substitutivos, mas incentivam uma visão global e crítica da rede como um todo, o que é potencializado pela atuação em diferentes campos ao longo da semana. A consideração do pouco tempo de atuação dos residentes nos serviços como desafio nos remete a caro dilema na Residência Multiprofissional da UNIFESP, que imaginamos dizer respeito também a outros Programas: a priorização da grade com mais serviços e menos tempo de atuação em cada um ou, ao contrário, a eleição de número menor de serviços com mais horas em cada semana. Somos favoráveis ao modelo de Residência, no qual os residentes têm a possibilidade de se aproximar de mais equipamentos e modelos de

cuidado, destacando a necessidade de conhecimento amplo da rede do SUS nas Residências Multiprofissionais, a fim de poder problematizá-la crítica e politicamente (Lobosque, 2012).

Apesar de perceberem o potencial de interação entre residentes e equipes fixas, verifica-se que este aspecto ainda se apresenta frágil. Carvalho e Nepomuceno (2008) percebem a importância de fomento da autonomia e do empoderamento dos profissionais da Saúde já em seu processo de formação, que deve ser voltada para a transformação da realidade, a fim de contribuir para uma sociedade mais justa e democrática. A este encontro, a Residência Multiprofissional tem potência quando é conectada com a prática dos profissionais e potencializadora desta, a partir do encontro entre as pessoas e do diálogo transformador (Carvalho & Nepomuceno, 2008).

Quanto à consideração de que o trabalho multi, inter e transprofissional no ambulatório se deu apenas a partir da presença da Residência ali, pois naquele momento havia apenas profissionais e residentes médicos no serviço. Este aspecto se relaciona com a falta de profissionais de outras áreas, o que faz pensar sobre a possibilidade de formação de residentes em perspectiva multiprofissional em campo que não tenha a equipe composta por diferentes especialidades e não realize suas ações dentro desta perspectiva. Fica a dúvida sobre de que maneira a formação em um serviço com viés da Psiquiatria e não da Atenção Psicossocial poderia se aproximar dos pressupostos das Residências Multiprofissionais em Saúde Mental.

Neste cenário, questiona-se o quanto a atuação dos residentes pode acabar se voltando apenas aos aspectos clínicos da condução dos casos neste tipo de formação, o que se relaciona com as ideologias de quem ensina. Ao pensarmos no histórico de formação médica da UNIFESP, verificamos o quanto a formação despolitizada e voltada essencialmente à clínica *strictu sensu* e a hegemonia da prática médica ainda se mostraram presentes na Residência Multiprofissional, herdeira também do modelo de formação das especializações em Saúde, especificamente em Saúde Mental, nesta Universidade.

Com este estudo, foi possível perceber que as propostas de multi, inter e transprofissionalidade são pouco problematizadas no cotidiano dos serviços, mesmo que consideradas fundamentais no cuidado dos usuários. Isto também ocorreu no referido Programa, que acabou por ter reduzida articulação direta com as políticas

públicas e atuação política dos trabalhadores de Saúde Mental e residentes, uma vez que a formação se deu centrada no modelo de assistência das unidades formadoras, que nem sempre se alinhavam às Políticas Públicas de Saúde do País.

CONCLUSÕES

Faz-se urgente reaproximar a Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNIFESP das políticas públicas de Saúde e da legislação das próprias residências. É também reduzida a discussão sobre projeto político- pedagógico, valores e pressupostos presentes na origem das Residências Multiprofissionais, que acabam por se afastar da potência de construção do SUS, transformação social e de relações de trabalho. Sem a elaboração de projeto pedagógico- assistencial engajado, há risco de uso de profissionais recém-formados para suprir carências dos serviços e realização de estágios que cumpram apenas determinações escolares, o que se afasta das diretrizes das Residências Multiprofissionais.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Coleção Temas em Saúde.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Carvalho, A. & Nepomuceno, L. (2008). A Residência Multiprofissional em Saúde da Família potencializando a transformação através da formação: uma utopia necessária. *S A N A R E*, 7 (2), 231-37.

Costa, R. (2007). Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental* [Internet]. Recuperado em 23 fevereiro, 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100008 ISSN 1679-4427.

Furtado, J.P. & Campos, R.O (2005). A transposição das políticas de saúde mental no Brasil para a prática nos novos serviços. *Rev latinoam psicopatol fundam.*, VII (I), 109-122. Recuperado em 23 fevereiro, 2006, de <http://www.redalyc.org/pdf/2330/233017514011.pdf> ISSN: 1415-4714

Japiassu, H (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago.

Jesus M.L. & Araujo, D. (2011). Politização e formação em serviço: significados e sentidos atribuídos pelos residentes em uma residência em saúde mental no interior da Bahia. *Psicol, Teor Prát.*, 13 (3), 67- 80. Recuperado em 23 fevereiro, 2016, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300006 ISSN 1516-3687

Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 2 novembro, 2016, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm

Lima, M. & Santos, L. (2012). Formação de psicólogos em Residência Multiprofissional: transdisciplinaridade, núcleo profissional e saúde mental. *Psicol, Ciênc Prof.*, 32 (1), 126-141. Recuperado em 23 fevereiro, 2016 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100010 doi: 10.1590/S1414-98932012000100010

Lobosque, A.M. (2012). Uma experiência de Residência Multiprofissional em Saúde Mental: desterritorializando saberes, descentralizando práticas. *Cad Bras Saúde Ment.*, 4 (10): 197- 200. Recuperado em 23 fevereiro, 2016, de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2357>

Nascimento, D.D.G & Oliveira, M.A.C. (2010). Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde Soc.*, 19 (4), 814-827. Recuperado em 23 fevereiro, 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400009 doi: 10.1590/S0104-12902010000400009

Portaria Interministerial n. 1.077, 12 de novembro de 2009 (2009). Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF. Recuperado em 2 novembro, 2016, de http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192

Tavares, C.M.M. (2005). A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. *Texto & contexto*

enferm [Internet], 14 (3), 403-410. Recuperado em 23 fevereiro, 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300012 doi: 10.1590/S0104-07072005000300012

TÉCNICAS PROJETIVAS NO ESTUDO DE ADOLESCENTES INFRATORES E VITIMIZADOS: REVISÃO DA LITERATURA

Antonio Augusto Pinto Junior⁸⁸;

Grazielle Akerman Fraga Penna Mello⁸⁹;

Hingrid de Oliveira Iza dos Santos⁸⁷

Priscila de Almeida Teixeira⁸⁷

Rafaella Ferreira Lopes⁸⁷

Danielle Alonso⁸⁷

Cassia Dalila Silva da Costa⁸⁷

Resumo

Esse trabalho descreve os resultados de um projeto de iniciação científica que objetiva a revisão da literatura na área da avaliação psicológica de adolescentes vítimas de violência doméstica (VD) e adolescentes infratores (AI), por meio das técnicas projetivas, focando a literatura mais atual sobre esse tema. Para tanto, foi realizado um levantamento bibliográfico cobrindo o período de 2005 a 2015, em bases documentais eletrônicas disponíveis nos idiomas português, espanhol e inglês. A partir dos textos selecionados, foi feita a leitura analítica de todo o material, buscando ordenar e sumarizar as informações contidas nas fontes consultadas, traçando, assim, o estado da arte da avaliação psicológica nessa área. Como resultados, foram identificados 22 artigos, destacando a produção bibliográfica de língua portuguesa (86,4%). A maioria dos artigos apresenta resultados de estudos empíricos (90,9%), e discute o uso de técnicas projetivas na avaliação de adolescentes vítimas de VD (68,2%). Dentre os instrumentos mais utilizados destacam-se o Teste de Rorschach (26,9%) e o Desenho da Figura Humana (26,9%). Conclui-se que a produção científica na área ainda é muito tímida, mostrando a necessidade de novos investimentos, pois o uso de instrumentos projetivos pode facilitar a compreensão dos fatores emocionais associados à vivência de violência e vitimização.

Palavras-chaves: Avaliação Psicológica; Técnicas Projetivas; Adolescentes; Violência.

⁸⁸ Doutor em Psicologia – Professor Adjunto do Departamento de Psicologia do Instituto de Ciências Humanas e Sociais de Volta Redonda da Universidade Federal Fluminense.

⁸⁹ Graduandas em Psicologia – Instituto de Ciências Humanas e Sociais de Volta Redonda da Universidade Federal Fluminense.

Introdução

A violência não é marca registrada de nossa sociedade contemporânea. Ela está inscrita na existência humana desde seus primórdios. A cada época ela se manifesta de formas e em contextos diferentes. Contudo, seu incremento na atualidade configura-se como aspecto representativo e problemático da organização da vida social, sendo considerada uma das principais causas de morte de pessoas entre 15 e 44 anos em todo o mundo, além das inúmeras sequelas biopsicossociais em nível individual e coletivo (Dahlberg & Krug, 2006).

O fenômeno da violência, em sua complexidade e multicausalidade, tem atingido também a adolescência. Os adolescentes, ao se envolverem com a violência, seja na condição de vítimas ou na de infratores, são expostos a alguma forma de exclusão e/ou sofrimento. Na condição de vítima, verifica-se a vivência de situações abusivas e de opressão (Azevedo & Guerra, 2011). Na situação de agressor, o jovem é excluído da possibilidade de viver o exercício da cidadania, por meio da qual pode reconhecer-se e ser reconhecido como sujeito de direitos e deveres (ECA, 1990). Vários estudos mostram a existência de correlação positiva entre a experiência de vitimização doméstica na infância e a manifestação de comportamentos violentos e/ou disruptivos na adolescência, indicando que o ser vítima e o ser vitimizador representam duas faces de uma mesma moeda (Meneghel, Giugliani & Falceto, 1998, Tardivo & Pinto Junior, 2010; Azevedo e Guerra, 2011).

Acerca da Violência Doméstica (VD) contra crianças e adolescentes, essa vem sendo considerada, hoje, como um grave problema de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde (OMS), revelando-se como uma das principais causas de morbimortalidade nesta faixa etária (Azevedo & Guerra, 2011). Em suas várias modalidades (física, sexual, psicológica e a decorrente da negligência), a VD é um fenômeno complexo e deve ser compreendida como um problema configurado na família enquanto espaço privado, porém condicionado aos conflitos nas relações sociais de gênero e geração, em que os pais, parentes ou responsáveis transgridem o seu poder disciplinador, colocando a criança numa situação de abuso e opressão (Tardivo & Pinto Junior, 2010).

Estudos na área mostram que a vivência da VD em adolescentes é responsável por inúmeros agravos à saúde física e psicológica das vítimas. Muitas sequelas têm sido identificadas, tais como: distúrbio de humor, ansiedade, problemas de sono,

dificuldades escolares, distúrbios neurológicos, depressão, perdas significativas e persistentes de qualidade de vida na idade adulta, além da possibilidade de reprodução da violência sofrida (Schenkel et al, 2014).

Por outro lado, a violência cometida por adolescentes em situação de ato infracional é também um fenômeno que vem mostrando um preocupante incremento na atualidade, principalmente nos grandes centros urbanos. Dados da Secretaria Nacional de Direitos Humanos apontam que há 60 mil adolescentes cumprindo medidas socioeducativas no Brasil, sendo 14 mil em regime fechado de internação (23,3%), e os demais em regime aberto. Entre os 345 mil brasileiros que cumprem algum tipo de pena, 17,4% são adolescentes com menos de 18 anos, distribuídos em 350 unidades de internação (SDH, 2014). Diante de tais dados, conclui-se que a juventude vive uma realidade de violência, produzindo efeitos danosos para a constituição da infância e adolescência brasileira (Tardivo & Pinto Junior, 2008).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – Brasil, 1990) estabelece diretrizes para o atendimento ao adolescente infrator, e lhes assegura direitos e deveres em todas as fases processuais. Esse dispositivo legal, em seu artigo 103, define o ato infracional como toda conduta do adolescente que pode ser descrita como crime ou contravenção penal.

As medidas socioeducativas responsabilizam o autor do ato, mediante um processo legal, que poderá estabelecer sanções, cuja aplicação deverá levar em conta a sua peculiar situação de pessoa em formação e desenvolvimento físico, social e psicológico. (Vasconcelos, 2012). Porém, como pontuam Martinez e Abrams (2013) torna-se necessário que o trabalho desenvolvido nas instituições responsáveis pelas medidas socioeducativas diferencie-se do mero cumprimento de pena. Os autores discutem que o apoio social é muito relevante na reinserção desses adolescentes, apontando que esse apoio tem sido considerado como uma chave do sucesso para jovens infratores, porém faltam pesquisas empíricas sobre o tema.

Entendendo que o apoio e a assistência psicossocial nestes contextos específicos exigem uma compreensão aprofundada das situações em que a violência se manifesta e de seu impacto na subjetividade dos envolvidos, o trabalho de avaliação psicológica, e mais especificamente o Psicodiagnóstico, com todas as suas técnicas, mostra-se essencial e desempenha um papel fundamental para esse fim.

Contudo, se por um lado existe uma grande preocupação científica para com o fenômeno da violência envolvendo crianças e adolescentes e sua epidemiologia, por outro lado, na área da avaliação psicológica nessas situações o mesmo não ocorre. Segundo Tardivo e Pinto Junior (2008), ainda existe, principalmente no Brasil, uma lacuna na avaliação psicológica e no Psicodiagnóstico de jovens em situação de violência, e mais especificamente no que se refere à construção e validação de instrumentos que facilitem a identificação e compreensão psicológica dos casos.

Nesse tipo de avaliação, as técnicas projetivas constituem em importante procedimento, pois permitem a análise da área afetivo-emocional do indivíduo. São técnicas extremamente ricas e que auxiliam o aprofundamento no estudo da personalidade em seus vários aspectos.

Segundo Grassano (1997), as técnicas projetivas caracterizam-se pela apresentação de uma tarefa relativamente não estruturada, solicitando ao sujeito que interprete ou estruture o estímulo apresentado, a partir do mecanismo de projeção, revelando aspectos fundamentais de seu funcionamento psicológico. Assim, a técnica projetiva é uma criação que expressa a maneira pela qual o indivíduo estabelece contato com a realidade interna e externa, sendo que as instruções ou os estímulos destes instrumentos atuam como mediadores das relações vinculares que mobilizam variados aspectos de sua vida emocional; por esse motivo, são chamados testes projetivos ou de projeção da personalidade. Dessa forma, em presença de certas situações, em geral figuradas por imagens possivelmente relacionadas com conflitos vividos, o sujeito descreve os estímulos em função dos próprios problemas, dando livre curso às ideias inconscientes (Tardivo & Pinto Junior, 2012).

Assim, considerando que a exposição à VD e a prática do AI são situações de risco que atingem muitos adolescentes no Brasil e no mundo; que é responsável por inúmeras sequelas e transtornos no desenvolvimento sociopsicológico dos envolvidos; que é um problema de difícil identificação e intervenção pelos profissionais que trabalham com essa demanda; que a avaliação psicológica nesses casos é um processo que requer muito cuidado no seu planejamento e que o profissional deve ter a sua disposição instrumentos que garantam sua validade e precisão e que existem poucos estudos com instrumentos que cumprem o objetivo de avaliar e compreender o impacto dessas experiências na subjetividade dos adolescentes autores ou vítimas de violência o presente trabalho procura mapear o estado da arte na área da avaliação

psicológica por meio das técnicas projetivas com adolescentes vítimas de VD e autores de ato infracional.

Método

Para a revisão da literatura científica na área da avaliação psicológica de AI e vítimas de VD, foi realizado um levantamento bibliográfico em bases documentais eletrônicas disponíveis em três idiomas português, inglês espanhol, cobrindo o período de 2006-2015. Primeiramente, foi delineada uma relação dos descritores que contemplassem a especificidade do trabalho (violência doméstica; child abuse; domestic violence; malos tratos; instrumentos de avaliação; evaluation measures; medidas de evaluación; avaliação psicológica; psychological evaluation; evaluación psicológica; Teste psicológico; técnicas projetivas; Psychological tests; projective techniques; técnicas proyectivas etc.).

Posteriormente, foram definidas as bases de dados a serem utilizadas para o levantamento bibliográfico (Psycinfo; Bireme; Lilacs; Eric; Periódicos – CAPES; Web of Science). A seguir foi realizada a sistematização do levantamento bibliográfico, a partir da busca de artigos na base de dados, a eleição das publicações mais pertinentes à pesquisa e a análise pormenorizada dos textos selecionados. Para tanto, foi adotada a Leitura Analítica proposta por Gil (1991), buscando ordenar e sumarizar as informações contidas nas fontes consultadas, a partir das seguintes categorias: a) idioma dos artigos; b) população-alvo (população estudada, ou seja, vítimas de violência doméstica ou adolescente infrator); c) caracterização do estudo (teórico ou empírico); e d) técnica projetiva abordada.

Resultados e Discussão

Como resultados do levantamento bibliográfico foram identificados preliminarmente 78 artigos que discutem o uso das técnicas projetivas, publicados em periódicos científicos na área de psicologia e principalmente de avaliação psicológica. Desses, apenas 22 tratam especificamente da avaliação psicológica de AI ou vítimas de VD. Os resultados da análise das categorias construídas a partir do levantamento bibliográfico são apresentados na tabela abaixo.

Tabela1. Resultados da análise dos artigos selecionados de acordo com as categorias propostas

CATEGORIAS DE ANÁLISE	N	%
Idioma		
Português	19	86,4
Inglês	02	09,1
Espanhol	01	04,5
Total	22	100
População Alvo		
Vítimas de Violência	15	68,2
Adolescentes Infratores	07	31,8
Total	22	100
Caracterização do artigo		
Empírico	20	90,9
Teórico	02	09,1
Total	22	100
Técnica Projetiva abordada		
Teste de Rorschach	07	26,9
Desenho da Figura Humana	07	26,9
HTP (Teste da Casa, árvore e Pessoa)	02	07,8
Teste das Fabulas de Duss	02	07,8
Teste Palográfico	02	07,8
CAT - A	01	03,8
Procedimento de Desenhos-Estórias	01	03,8
Teste das Relações Objetais (TRO)	01	03,8
Teste dos Contos de Fadas	01	03,8
Teste do Desenho de Família	01	03,8
Teste de Associação Livre de Palavras	01	03,8
Total*	26	100
		888

* O total de técnicas projetivas citadas é maior que o total de artigos, pois alguns artigos citam ou estudam mais de um instrumento.

Primeiramente, verifica-se que a temática da avaliação psicológica de AI ou vítimas de VD por meio de técnicas projetivas é ainda pouco investigada nas pesquisas acadêmicas, tendo em vista o total de artigos identificados (22) nas bases de dados ao longo dos últimos dez anos. Do total de artigos avaliados, a maioria (19 – 86,4%) foi classificada como publicação em português, 02 (09,1%) são artigos em inglês e 01 (04,5%) publicação em espanhol, mostrando que o Brasil é um dos países que mais tem investido, atualmente, na área da avaliação psicológica em situação de VD ou de AI. Essa constatação pode estar relacionada com o crescimento da área da avaliação psicológica no país. Segundo Primi (2010), nos últimos vinte anos pode-se verificar um grande investimento nesse campo do conhecimento por meio da organização de eventos e publicações em periódicos científicos. Além disso, a criação do Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos (SATEPSI), do Conselho Federal de Psicologia (CFP), ao final de 2001, que consiste em uma norma de certificação de instrumentos de avaliação psicológica que avalia e qualifica os instrumentos para uso profissional no Brasil, alavancou a produção de pesquisas visando à validação de testes psicológicos no país, inclusive das técnicas projetivas. Então, tais indicadores podem justificar o número mais elevado de artigos sobre AI e vítimas de VD por meio de testes projetivos na língua portuguesa.

Ao se analisar o tipo de situação ou população estudada nas pesquisas descritas pelos artigos selecionados, verificou-se um predomínio de vítimas de violência doméstica (15 – 68,2%). A maior prevalência de estudos com vítimas de VD em detrimento de AI pode ser compreendida pelo grande investimento de políticas públicas nessa área nas últimas décadas, abrindo um espaço privilegiado para o desenvolvimento de pesquisas que possam favorecer a compreensão dos determinantes e impactos desse tipo de violência no desenvolvimento de crianças e adolescentes. Em contrapartida, no caso de AI, de acordo com Fernandes (2007), esses, geralmente, deixam de ser considerados como indivíduos em processo de desenvolvimento. Pelo contrário, considera-se que a transgressão observada retira desses jovens seu direito à proteção, sendo vistos como os algozes da sociedade. Talvez essa representação social do AI seja a responsável pelo maior investimento de pesquisas com a população vítima de VD, desconsiderando que muitas vezes a violência ou transgressão cometida pelo adolescente pode ser reflexo de uma história

pregressa de outras formas de vitimização, inclusive no âmbito doméstico (Meneghel, Giugliani & Falceto, 1998, Tardivo & Pinto Junior, 2010; Azevedo e Guerra, 2011).

Sobre a caracterização dos artigos selecionados, constatou-se que a maior parte trata de estudos empíricos, representando 90,9% da amostra analisada. Por se tratarem de relatos de pesquisa com instrumentos de avaliação psicológica e considerando que esses, para aprovação de uso profissional pelo CFP, demandam estudos de validade e de precisão com a população brasileira, de acordo com Primi (2010) a maioria das publicações nessa área no país é, justamente, fruto das pesquisas que visam à validação de instrumentos, incluindo as técnicas projetivas.

Verificou-se, ainda, que as técnicas projetivas mais citadas e discutidas nos manuscritos foram o Teste de Rorschach e o Desenho da Figura Humana, representando cada um 26,9% da amostrada estudada. Esses dados corroboram os achados de Noronha, Primi e Alchieri (2005) que, numa pesquisa visando identificar os instrumentos mais conhecidos e utilizados por psicólogos brasileiros de diferentes regiões do país, verificaram que o Desenho da Figura e o Teste de Rorschach compunham a relação de testes mais reportados pelos profissionais.

Contudo, nesse trabalho foram identificadas outras técnicas projetivas importantes, que podem auxiliar na tarefa de compreensão da personalidade e da psicodinâmica de AI e vítimas de VD, lançando luz para o desenvolvimento de projetos de intervenção clínica e de prevenção na área. Mas deve-se destacar que alguns dos instrumentos identificados nos artigos analisados não são, ainda, aprovados pelo CFP, tais como o Teste das Fábulas de Duss, o Teste das Relações Objetivas (TRO), o Teste dos Contos de Fadas, o Teste do Desenho de Família e o Teste de Associação Livre de Palavras, que demandam estudos mais aprofundados de fundamentação teórica, precisão, validade e normatização para obterem a certificação para o uso profissional no Brasil.

Considerações Finais:

Os achados desse estudo indicam que a produção científica na área da avaliação psicológica de adolescentes infratores ou vítimas de violência doméstica a partir de técnicas projetivas ainda é muito tímida. Essa constatação mostra a necessidade de se investir em pesquisas nesse campo, pois o uso de instrumentos projetivos pode facilitar a compreensão dos fatores emocionais associados com essas vivências. Porém, deve-se salientar que tais pesquisas devem cumprir um conjunto de requisitos técnicos mínimos, como fundamentação teórica, precisão, validade e normatização para que

seja possível obter o parecer favorável do CFP para as técnicas projetivas ainda não validadas no Brasil.

Referências:

- Azevedo, M. A. & Guerra, V. M. A. (2011). Violência doméstica na infância e na adolescência: uma nova cultura de prevenção. São Paulo: Plêiade/FAPESP.
- Brasil (2010). Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº. 8069 de 13 jul. 1990. Brasília: Ministério da Justiça.
- Bunchaft, G. & Vasconcellos, V. L. P. (2001) Padronização do Teste Desiderativo no contexto da Análise Transacional: resultados preliminares. Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol.17, no.1, p.19-25.
- Dahlberg, L. L., & Krug, E. G. (2006). Violência: um problema global de saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva, 11(Suppl.), 1163-1178.
- Fernandes, A. V. M. (2007). Crianças e adolescentes no Brasil: a busca pela visibilidade. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, 2(2).
- Gil, A. C. (1991). Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas.
- Grassano, E. (1997). Indicadores psicopatológicos nas técnicas projetivas. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Martinez, D. J., & Abrams, L. S. (2013). Informal social support among returning young offenders: a metasynthesis of the literature. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 57(2), 169-190.
- Meneghel, S. N., Giugliani, E. J., & Falceto, O. (1998). Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. Cadernos de Saúde Pública, 14(2), 327-335.
- Noronha, A. P. P., Primi, R., & Alchieri, J. C. (2005). Instrumentos de avaliação mais conhecidos/utilizados por psicólogos e estudantes de psicologia. Psicologia: Reflexão e Crítica, 18(3), 390-401.
- Primi, R. (2010). Avaliação psicológica no Brasil: fundamentos, situação atual e direções para o futuro. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26(spe), 25-35.
- Schenkel, L. S., Rothman-Marshall, G., Schlehofer, D. A., Towne, T. L., Burnash, D. L., & Priddy, B. M. (2014). Child maltreatment and trauma exposure among deaf and hard of hearing young adults. Child Abuse & Neglect, 145(14), 141-50.
- Secretaria de Direitos Humanos (2014). Levantamento anual dos/as adolescentes em conflito com a lei – 2012. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

Tardivo, L. S. P. C., & Pinto Junior, A. A. (2008). Violência contra crianças e adolescentes: reflexões sobre o pensar e o fazer do psicólogo clínico. In: Rosa, J.T.; Motta, I.F. (Orgs.). Violência e sofrimento de crianças e adolescentes na perspectiva winnicottiana. Aparecida: Idéias & Letras/FAPESP, 187-208.

Tardivo, L. S. P. C., & Pinto Junior, A. A. (2010). IFVD: Inventário de frases no diagnóstico de violência doméstica contra crianças e adolescentes. São Paulo: Vetor.

Tardivo, L. S. P. C., & Pinto Junior, A. A. (2012). El test de apercepcion tematica infantil con figuras de animales en la evaluacion psicologica de niños victimas de malos tratos en el hogar. Psicodiagnosticar (Buenos Aires), 22, 13-28.

Vasconcelos, T. P. (2012). Medidas socioeducativas para o adolescente infrator: educar para não encarcerar. Dissertação (Mestrado). Campina Grande: Departamento de Pós-graduação e pesquisa FUNESO/UNESF/UNIDER.

A REPRESENTAÇÃO DA IDENTIDADE NA ADOLESCÊNCIA E A VIOLÊNCIA: UM ESTUDO DE CASO

Eduardo Marchese Damini⁹⁰

Hilda Rosa Capelão Avoglia⁹¹

Carolina de Fátima Tse⁹²

RESUMO

A adolescência, fase decisiva no desenvolvimento, é caracterizada como uma transição para a vida adulta. As mudanças físicas que marcam a puberdade implicam em transformações na maneira como percebe a si mesmo e sua convivência afetiva e social. Este estudo teve o objetivo de analisar aspectos subjacentes na representação simbólica da identidade de uma adolescente, a partir de sua própria produção gráfica e fotográfica. Trata-se de um estudo de caso de uma adolescente com 16 anos de idade, estudante da 6ª série do ensino fundamental em uma escola pública na região periférica do Grande ABC-SP. Utilizou-se entrevista do tipo semidiretiva, o procedimento do Desenho Estória com Tema (DE-T) e a produção livre de uma fotografia com respectivo relato sobre algo com o qual se identifique. Os dados foram analisados qualitativamente em uma perspectiva psicanalítica. Os resultados indicaram uma produção gráfica primitiva, complementados por narrativas com sinais de resistência, com personagens não humanos, projetados sem perspectivas, sem direção e desvinculados de relações sociais. No entanto, a fotografia, mesmo apresentando signos de violência, simbolizou suas necessidades de segurança, suporte e direcionamento. Os elementos simbólicos da violência mostraram-se estruturantes, ainda que precariamente, na construção da identidade, à partir de sua própria subjetividade.

Palavras chave: Adolescência; Identidade; Violência; Desenho Estória com Tema (DE-T); Fotografia.

⁹⁰ Bolsista PIBIC-CNPq. Discente do curso de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo.

⁹¹ Professora Doutora do curso de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo.

⁹² Psicóloga clínica – Universidade Metodista de São Paulo.

INTRODUÇÃO

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990) considera como criança as pessoas com até 12 anos de idade incompletos, e adolescentes aquelas com idade entre 12 e 18 anos, sendo esta considerada uma etapa de grandes transformações físicas, emocionais e sociais do indivíduo em seu percurso para a vida adulta. Sobre essa passagem para a vida adulta, Aberastury e Knobel (1981) discutem certa vulnerabilidade do adolescente, com especial propensão a receber impactos projetados de sua família e amigos, bem como da sociedade em geral.

A respeito das transformações nessa fase do desenvolvimento, Aberastury (1983) afirma que a primeira grande passagem na vida do homem acontece ao nascer; a segunda passagem ocorre já no primeiro ano de sua vida, aproximadamente aos 4 meses, quando a fase genital se anuncia, movimento este que marcará o início do desprendimento absoluto do bebê à sua mãe, assinalando a chegada do papel paterno em sua vida. Este novo contexto na vida da família foi denominado de "triângulo edípico", conforme a teoria freudiana, explica a autora, e nele já se encontra presente a primeira organização genital do bebê. A terceira passagem, ainda conforme Aberastury (1983) seria a adolescência, marcada entre outras coisas pela maturação genital e pelos estímulos decorrentes desta condição.

Blos (1998), outro psicanalista estudioso da adolescência, afirma que após a compreensão psicanalítica da primeira infância foi possível abarcar os aspectos psicológicos da adolescência, e com isso relaciona-la geneticamente aos primeiros momentos da vida, o que coloca a puberdade como sequência natural no desenvolvimento psicológico, e por conta disso, é considerada a última parte da fase genital.

Para Erikson (1976), a fase adolescente passou a ser mais caracterizada em função dos avanços tecnológicos, do que por aumentar o tempo de graduação de uma pessoa, permite que haja uma época em sua vida no qual o adolecer seja um modo de viver, e com isso, o autor propõe que a adolescência, mais do que uma fase transitória na vida do homem, seja o início da construção de sua identidade.

A adolescência é indicativa dos processos psicológicos que visam adaptar a criança à puberdade e, como decorrência disso, a maturação física advinda do desenvolvimento

hormonal pode continuar seu curso independentemente do adolescente ter ou não alcançado meios psicológicos para se apropriar de tais mudanças corporais, uma vez que é o sujeito desta verdadeira transformação (Blos, 1998).

Nesta fase, conforme destaca Aberastury e Knobel (1981), a parte psicótica da personalidade do adolescente prevalece em alguns momentos, e com isso, caracteriza a adolescência como um período da vida no qual partes mais obscuras da personalidade se sobrepõe, por vezes, às partes mais periféricas, tendo como desdobramento o pensamento de que as modificações biológicas e a modificação do corpo incontrolavelmente sofridas pelo adolescente são vividos como um fenômeno psicótico e psicotizante.

Como decorrência, Aberastury (1993) entende que a relação da criança com seu corpo trás um importante cabedal de informações acerca de sua estrutura egoica. A adolescência normal, como define a referida autora, poderia ser medida pela atitude do adolescente em relação a seu próprio corpo, tomando por base a estreita relação entre a imagem corporal e as funções do Ego, sendo a percepção e a noção de realidade, juntamente com o controle motor os aspectos mais relevantes.

O adolescente começa, então, a sentir ternura pelo sexo oposto e abandona sua auto suficiência e seu auto erotismo, como explica Blos (1998), e, neste movimento, promove um menor gasto de libido na medida que a satisfação deixa de ser buscada no seu próprio eu e passa a ser localizada em um objeto externo. Como consequência direta, explica que é necessário que alguma proteção contra possíveis decepções seja elaborada, e diante disso o narcisismo será o meio de autopreservação.

Neste ponto crucial da crise adolescente, os pais vivem o desafio de serem coercitivos sem lançar mão de violência, porém na maior parte das famílias a liberdade é controlada pela dependência econômica, ao passo que, sugere a autora, deveriam fornecer-lhe regras que proporcionassem uma liberdade adequada, ajudando-os a adaptar-se ao ambiente e a sociedade sem maiores conflitos (Aberastury, 1983).

OBJETIVO

Considerando-se essa perspectiva teórica, o presente estudo teve como objetivo analisar aspectos subjacentes na representação simbólica da identidade de uma adolescente, a partir de sua produção gráfica e fotográfica.

MÉTODO

O estudo apresenta um dos casos que integra uma pesquisa maior voltada a análise da identidade de adolescentes advindos de diferentes realidades sociais. A escolha do caso se deve a singularidade representada simbolicamente na investigação durante o processo de coleta de dados.

Este relato envolveu uma adolescente, do gênero feminino, com 16 anos de idade, frequentando a 6ª. série de uma escola pública de um bairro periférico da Região do Grande ABC –SP. Utilizou-se entrevista do tipo semidiretiva, o procedimento do Desenho Estória com Tema (DE-T), cuja consigna solicitava uma primeira produção com a seguinte instrução: “*Desenhe para mim um(a) adolescente*” e; como segunda produção: “*Desenhe para mim um(a) adolescente que mora neste bairro e estuda nesta escola*”. Além destes, a produção livre de uma fotografia com respectivo relato sobre algo com o qual se identificasse. O material obtido foi analisado em uma perspectiva psicanalítica, sendo seus resultados integrados em uma síntese qualitativa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Sobre a primeira produção gráfica:

Apresentamos Maria⁹³ que, ao elaborar a primeira produção gráfica representa uma figura humana com um desenho cujo grafismo se apresenta como primitivo e infantilizado, ainda mais considerando que a participante tinha 16 anos de idade. As pernas da figura são unidimensionais, sem altura e nem largura. Identifica-se uma dificuldade expressa em representar o corpo no desenho, que não possui ombros, além dos cabelos serem escassos.

O fato de ser uma produção regredida, na qual o título é “*A boneca*” remete-nos à representação de um objeto, não de um ser humano, considerando que a solicitação foi o desenho de um adolescente. A participante apresentou resistência para iniciar a tarefa e para responder ao inquérito proposto, denotando dificuldade na capacidade de simbolização e baixa capacidade de abstração. Sua narrativa apresentou poucas articulações verbais, concorrendo com a pobreza em ideias no conteúdo da entrevista.

⁹³ Nome fictício para assegurar o sigilo ético exigido em pesquisas com seres humanos.

Ao se referir à história, a participante narrou um cenário sem direção ou meta e sem perspectiva, na qual a personagem “boneca” andava à esmo, dizendo que ia dormir em casa, o que nos permite entender como uma projeção de uma figura infantil, primitiva, perdida e sem direção, com baixo nível de consciência, uma vez que, no enredo, se entregava ao sono.

Aberastury (1993) aponta que a estrutura egoica do adolescente pode ser compreendida partindo-se da análise da qualidade da relação estabelecida com seu próprio corpo. Nesse caso, o desenho da figura humana, como realizado pela participante em questão, se constitui em um recurso importante para se obter informações sobre como representa sua imagem corporal. Assim, os desenhos da “boneca”, bem como dados trazidos na narrativa da história, indicaram aspectos infantis e, de certo modo, regredidos no percurso de desenvolvimento da participante.

Sobre a segunda produção gráfica:

No que se refere a segunda produção, Maria continuou narrando a história de uma boneca, mantendo-se afastada, aparentemente, do envolvimento humano com a solicitação, tratando sua personagem como objeto. Seja pela falta de horizonte, seja pela dificuldade de abstração, é possível associarmos que, ao projetar-se em uma boneca, denotava certo distanciamento afetivo no que diz respeito às relações interpessoais, em outras palavras, eximia-se de implicar-se na constituição de si mesma.

Em função das alterações hormonais, Maria parece ter adentrado a uma fase de adaptação da vida de criança para a puberdade, pois observa-se que já se constitui como uma adolescente. Contudo, mesmo diante dessas mudanças corporais, a maturação psicológica parece não ter sido ainda suficiente para apreender essa nova dimensão que vivencia. Como afirma Blos (1998), o adolescente é sujeito dessas transformações corporais, de maneira independente de seu desenvolvimento psicológico.

A escola apareceu no enredo da história contada a partir do desenho elaborado, como um espaço significativo, onde sentia-se bem, especialmente na convivência com os professores. A participante marcou a diferença entre duas experiências, em escolas diferentes, sendo sua atual escola descrita de forma positiva, na medida que entendia ser bem tratada pelos professores. Com relação à escola que anteriormente

frequentava, a adolescente a retrata como uma experiência negativa, destacando o desrespeito e a agressividade que percebia na conduta dos professores.

Observou-se certa dificuldade na convivência social por parte da participante ao dizer que preferia ter apenas uma amiga ao invés de um grupo de amigos, em prol da preservação de sua intimidade. Desta forma, Maria expressou sua necessidade e sua busca por relações que lhe ofereçam confiança e segurança. Em contra partida, no momento em que passou a falar de si mesma, demonstrou ressentir-se da escola ou da circunstância que vivia, atribuiu a personagem sentimentos de solidão, relatou sua casa vazia, apenas com sua mãe.

Considerando-se esta análise, é possível recorrermos ao papel dos pais na adolescência que, conforme Aberastury (1983), se volta para o cumprimento das regras e controle sobre o comportamento do filho, especialmente quando diante de variáveis de natureza econômica. Este o caso de Maria, que estuda em uma escola pública e reside em um bairro periférico e, neste sentido, poderá adaptar-se ao ambiente de maneira mais favorável, pois recorrer a mãe na busca pelo contato social.

Sobre a produção fotográfica:

Ao ser solicitada a produção de uma fotografia que a representasse, a participante negou-se a fotografar, mas ofereceu como alternativa escolher uma imagem pronta, que nos enviaria posteriormente, tendo feito no dia seguinte. Diante da instrução "*Fotografe para mim uma paisagem, um ambiente, uma pessoa, uma figura ou qualquer outra imagem a qual você se identifique*", enviou-nos duas imagens nas quais apreciam armas de fogo.

A primeira imagem apresentava o personagem "Capitão Roberto Nascimento", de "Tropa de Elite", filme de 2007, dirigido por José Padilha. Na imagem da foto, o personagem estava uniformizado com a farda do BOPE, uma unidade de elite da polícia militar, empunhando um fuzil. Além disso, a expressão facial do personagem era de seriedade e firmeza. Foi possível associarmos esta imagem com as projeções da participante em suas produções gráficas, que pareciam retratar a busca por segurança e confiança. Neste caso, a imagem masculina e viril de uma autoridade armada e determinada em sua conduta, representava aspectos que poderiam suprir as necessidades de segurança e direcionamento da participante, que naquele momento parecia esvaziada de significados. Estes aspectos puderam ser identificados tanto na análise de suas produções quanto na entrevista.

A imagem do referido personagem sugeriu ainda, ser ele detentor daquilo que a participante não percebe em si mesma, características estas como a possibilidade de conquistas na aprendizagem e na vida, mas que, no entanto, não foram sequer vislumbradas em si mesma. O personagem “Capitão Nascimento” pode ser visto como uma figura desumana que não tratava seus parceiros pelo nome, mas por números e também, frente ao argumento de que só matava “vagabundos” e não “pessoas”. O personagem propõe um código de conduta que justifica a violência, proporcionando um caminho para a “higienização da sociedade”, da sujeira representada pelas pessoas que se envolvem em atividades criminosas. A escolha deste personagem concorreu com a projeção da participante em uma boneca, desumanizada e perdida.

Na segunda imagem escolhida pela participante para representá-la, identifica-se um revólver com partes pintadas de cor de rosa, acondicionada em uma caixa similar à uma embalagem para presente. Nesse contexto, foi analisada como uma ferramenta capaz de auxiliar a participante no enfrentamento de suas dificuldades. Considerando também que o revólver é pintado de rosa, associou-se este detalhe como um atenuante à representação da violência com que a participante mostrou se identificar, seja por sua história de vida, seja pela forma como lida com seus problemas. A arma parece ser um recurso necessário para acinonar a capacidade da participante lidar com as adversidades da vida.

Essa análise nos permite associar as imagens escolhidas por Maria como mais representativas de suas necessidades e da busca da organização interna, ainda que de modo compensatório; do que uma simbologia de violência, considerando-se os objetos que compõem suas fotografias. A participante expressa um momento desestruturante de sua personalidade, como argumenta Aberastury e Knobel (1981), em alguns casos, diz respeito a parte psicótica ou melancólica que se manifesta predominantemente .

Referências

- Aberastury, A. Adolescência (1983). In: Aberastury, A. e cols. *Adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas. p. 15-32.
- Aberastury, A.; Knobel, M. (1981). *Adolescência normal*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Blos, P. (1998). *Adolescência uma interpretação psicanalítica*. Tradução Waltensir Dutra. São Paulo: Martins Fontes.

BRASIL. (1990). *Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)*. Lei 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília.

Erikson, E.H. (1976). *Identidade, juventude e crise*. Tradução Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar .

SAÚDE MENTAL E VIOLÊNCIA INTRA-FAMILIAR: UMA IMPLICAÇÃO POSSÍVEL?

Hilda Rosa Capelão Avoglia⁹⁴

Eduardo Marchese Damini⁹⁵

Carolina de Fátima Tse⁹⁶

Resumo:

Este trabalho se ocupa da relação entre saúde mental e violência. Neste sentido destacamos o transtorno de personalidade borderline (TPB), que manifesta-se no início da vida adulta, sendo considerado dos mais controversos e prevalentes. É caracterizado por instabilidade e oscilação emocional intensa, dificultando o estabelecimento de relações interpessoais. Este estudo tem como objetivo apresentar um relato de experiência clínica no qual se articula violência intra-familiar com TPB. Trata-se de uma paciente com 29 anos de idade, diagnosticada com TPB, atendida no serviço de Triagem em um projeto de extensão destinado ao atendimento à violência em uma clínica escola da região do Grande ABC-SP. Foram realizadas entrevistas semi-diretivas visando o acolhimento, a escuta especializada e o encaminhamento. Os resultados indicaram que a paciente passou da condição de agredida para agressora, tendo gerado consequências fatais neste movimento. O estudo indicou os desdobramentos drásticos da precariedade egóica diante da psicopatologia, confirmando as questões acerca do uso de formas imaturas ao lidar com impulsos e emoções. Apesar de, neste caso, os dados ilustrarem os aportes teóricos que caracterizam o referido transtorno, enfatiza-se a importância da realização de um processo psicodiagnóstico que considere as possíveis relações entre saúde mental e violência intra-familiar.

Palavras chave: Transtorno de Personalidade Borderline; Saúde Mental; Violência Intra-familiar.

Introdução

A psicanálise em seus postulados sobre a psique humana busca ampliar o conhecimento acerca do desenvolvimento humano, bem como dos problemas que

⁹⁴ Professora Doutora – curso de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo.

⁹⁵ Discente – curso de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo.

⁹⁶ Psicóloga clínica – Universidade Metodista de São Paulo.

possam ocorrer, e ocorrem, nesse processo. Neste caminho, surgiu em 1980, na edição terceira do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III; American Psychiatric Association [APA], 1980 *apud* Fowler, Lilienfeld e O'Donohue, 2010) uma classificação formal acerca dos Transtornos de Personalidade, sendo que, a referida associação chegou à conclusão de serem estes, uma categoria diagnóstica diferente dos transtornos anteriormente listados em edições passadas do referido manual. Outra mudança que concorre com o advento dos Transtornos de Personalidade, foi a adoção de uma abordagem multiaxial para a classificação dos transtornos no DSM (APA, 1980), sendo as condições clínicas colocadas em um eixo diferente dos transtornos da personalidade, em uma tentativa de que sintomas mais contundentes, como os da depressão ou esquizofrenia, não mascarassem ou encubrissem sintomas peculiares dos transtornos da personalidade (Fowler, Lilienfeld & O'Donohue, 2010).

Os Transtornos de Personalidade, segundo Mantiouli, Noce e Rovani, 2014) também podem ser chamados de Transtorno de Caráter, sendo caracterizados por conflitos inconscientes que alteram o Ego, conferindo-lhe características como pouca flexibilidade egóica, por um formação reativa, na qual, diante de conflitos internos, há uma reação de oposição aos desejos, ao invés do recalque.

Atualmente o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) American Psychiatric Association [APA] se encontra em sua quinta edição, definindo os seguintes critérios para os Transtornos da Personalidade: a) padrão persistente de experiência interna e de comportamento, que se desvie fortemente da cultura na qual a pessoa está inserida, sendo que, por este padrão, entende-se questões relativas à cognição, a afetividade, ao funcionamento interpessoal e ao controle de impulsos; b) o referido padrão deve persistir de modo inflexível na própria pessoa e em sua vida social; c) entendimento de que um tal padrão persistente, provocando prejuízos profissionais, sociais e em outros tantos importantes aspectos da vida desta pessoa; d) este padrão também deve ser estável e de longa duração, surgindo no início da vida adulta ou a partir da adolescência; e) este padrão persistente não pode ser melhor explicado por manifestações ou consequências de outro transtorno mental; f) observar se o referido padrão persistente não se dá em razão do uso de substância ou condição médica (DSM-V, 2013).

Os critérios supra mencionados, embora pareçam simples e objetivos, trazem consigo um complexo conjunto de propriedades que devem ser clarificadas na busca

de um diagnóstico confiável. Pensar em quem forneceria tais informações acerca do paciente, quais instrumentos deveriam ser usados, e ainda, em que momento da vida desta pessoa deve-se empreender tal avaliação, são preocupações que provocam outros questionamentos, tais como: para que se possa diagnosticar um Transtorno de Personalidade, por quanto tempo os critérios precisam serem observados?; este padrão pode variar em consistência durante os anos da vida, e ainda assim ser entendido como persistente e inflexível?; como lidar com os vários aspectos que podem ser entendidos no tocante à experiência interior, e quais deles seriam os mais importantes? quais as experiências mais significativas em cada cultura, que devem ser levadas em consideração nos desvios de conduta? algum grau de flexibilidade é contemplado dentro da inflexibilidade proposta, e em que setores da vida? como marcar o início das fases do desenvolvimento, e como distinguir comportamentos e sentimentos típicos destas fases, dos discriminados nas patologias? há relação entre sofrimento e prejuízo, e algum tipo deve ser considerado mais que outro? Estas questões por si só, representam algumas das dificuldades que permeiam a tarefa de diagnosticar Transtornos de Personalidade (Fowler, Lilienfeld & O'Donohue, 2010).

Segundo o psiquiatra alemão Kurt Schneider, Transtornos de Personalidade ocorrem quando, basicamente, a pessoa sofre e faz sofrer a sociedade, não aprendendo com a experiência (Dalgalarrodo, 2000). Embora cercado de controvérsias, os diagnósticos envolvendo transtornos de personalidade comumente estão atrelados a situações e problemas de cunho social e clínico, de tal forma que explicitam dados de uma realidade que urge por atenção e estudo, de modo a incrementar linhas de investigação e aumentar o entendimento sobre tais fenômenos clínicos (Fowler, Lilienfeld & O'Donohue, 2010).

Reconhecidos pelo DSM-V (2013), são dez os Transtornos de Personalidade, divididos em três grupos. No *cluster A* estão agrupados os transtornos estranhos/excêntricos, como o Transtorno de Personalidade Paranoide, o Transtorno de Personalidade Esquizoide e o Transtorno de Personalidade Esquizotípico. No *cluster B* estão os Transtornos Dramáticos, emocionais ou erráticos, sendo eles, o Transtorno de Personalidade Antissocial, o Transtorno de Personalidade *Borderline*, o Transtorno de Personalidade Histriônica e o Transtorno de Personalidade Narcisista. No *cluster C* estão o Transtorno de Personalidade Esquiva, o Transtorno de Personalidade Dependente e o Transtorno de Personalidade Obsessivo-Compulsiva (DSM-V, 2013). Diante desta classificação, observa-se alta prevalência dos

Transtornos de Personalidade na população em geral, sendo este um importante motivo para os intensos debates acerca de sua natureza, diagnóstico e manejo clínico (Fowler, Lilienfeld & O'Donohue, 2010).

Assim, partindo-se da base classificatória acima descrita, o presente estudo concentrou-se no Transtorno de Personalidade *Borderline* (TPB), que segundo Bradley, Conklin e Westen (2010), está entre os mais prevalentes na população, sendo ainda o mais amplamente estudado e de maior discussão acerca das controvérsias que enseja. O conceito *borderline* foi construído inicialmente por teóricos clínicos psicanalistas, que o entenderam como uma "esquizofrenia pseudoneurótica", passando em seguida a chamá-lo de "personalidade como se", até finalmente adotar o termo "estado *borderline*" (Knight, 1953, 1954 *apud* Bradley, Conklin & Westen, 2010). Pessoas que apresentavam semiologia "intermediária" entre os estados neurótico e psicótico foram inicialmente entendidas como pacientes *borderline*. Kernberg (1967) chamou de "organização da personalidade *borderline*", caracterizando-a como uma forma duradoura de sentir, pensar e se comportar, tendendo a condutas drásticas e imaturas para lidar com impulsos e emoções, podendo apresentar desorganização cognitiva, especialmente quando sob situações de estresse. Outra concepção do referido autor foi a dificuldade em perceber a si e aos outros de forma mais integrada, "dividindo" suas representações, inclusive de si mesmo, entre absolutamente boas ou más. Estas considerações influenciaram a descrição de TPB no DSM-III, que por sua vez, permaneceram quase inalteradas por duas décadas.

Algumas características podem ser observadas em paciente com TPB, tais como, intensa angústia de separação, dificuldade em constituir identidade, clivagem, forte tendência narcisista, agressividade - inclusive em relação a si mesmo, impulsividade e tentativas de suicídio (Hegenberg, 2007). O DSM-V (2013) adota como critério diagnóstico para TPB, a presença de um padrão difuso de instabilidade nas relações interpessoais, na autoimagem e nos afetos, além de uma impulsividade intensa que começa no início da vida adulta e se manifesta ao menos em cinco dos seguintes itens: a) esforço desmedido no intuito de evitar abandono, seja ele real ou imaginário; b) relacionamentos interpessoais que apresentem como padrão serem intensos e instáveis, marcados por extremos de idealização e desvalorização, de forma alternada; c) identidade sob forte perturbação, sendo instável e persistente a autoimagem e/ou a percepção de si; d) impulsividade em duas áreas consideradas auto destrutivas, como o abuso de substâncias, gastos excessivos, conduta sexual, compulsão alimentar,

direção irresponsável e outros; e) gestos ou ameaças suicidas, ou ainda comportamento auto mutilante, que se apresentem de maneira recorrente; f) instabilidade afetiva em razão de sentimentos reativos ao amor, como disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração de poucas horas (na maioria dos casos) ou de alguns dias (casos mais raros), e outros; g) sentimentos de vazio cronicados; h) raiva intensa e inapropriada ou dificuldade de controlá-la; e, i) ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Alguns problemas como a heterogeneidade dos sintomas e o excesso de comorbidades associadas ao TPB, dificultam o diagnóstico. Com base nos nove critérios propostos pelo DSM - V (2013) acima descritos, um paciente pode ser diagnosticado com TPB de 150 formas diferentes, além disso, os altos níveis de comorbidades com outros Transtornos de Personalidade indicam que os critérios diagnósticos não captam em separado os diferentes Transtornos de Personalidade e não promovem uma visão geral das patologias associadas à personalidade. Deste modo, a identificação e compilação de sinais e sintomas, tendo em vista o diagnóstico de TPB, ainda representa um desafio a ser superado (Bradley, Conklin & Westen, 2010).

Consequência direta destas circunstâncias, os pesquisadores tiveram, e ainda tem, que lidar com a situação problema de que, dependendo dos Transtornos de Personalidades associados, em razão das comorbidades, as amostras poderiam ser totalmente distintas umas das outras, como explicam Bradley, Conklin e Westen (2010). Os métodos para avaliação de TPB em sua maioria, para os referidos autores, lançam mão de entrevistas e questionários, e flutuam entre a semi estruturação das entrevistas até a padronização de questionários e outros procedimentos. Diferentes abordagens teóricas desenvolveram métodos que não conseguiram apresentar uma correlação homogênea e satisfatória entre as variáveis pesquisadas (Bradley, Conklin & Westen, 2010).

Ainda sobre a questão diagnóstica, Matioli, Noce e Rovani (2014) ao citarem Lowenkron, ressaltaram que a psicanálise sempre acompanhou o diagnóstico, inclusive sendo um dos pontos de sua concepção e considerando os consequentes tratamentos, porém, o referido autor destaca ainda, que diagnóstico e tratamento aconteciam, e acontecem ainda hoje, em concomitância ao longo das sessões. Nessa mesma perspectiva, segundo Bradley, Conklin e Westen (2010), a etiologia do TPB considera um conjunto de fatores que englobam aspectos biológicos e genéticos,

questões relativas a separação e perdas, abuso durante a infância, ambiente familiar e vínculos interrompidos.

No âmbito desses fatores, o abuso infantil exerce grande influência na constituição do TPB, ao que Stern (1938 *apud* Bradley, Conklin e Westen, 2010) descreve a negligência e a violência dos pais para com seus filhos, ao longo dos anos, desde as fases mais precoces da infância, fatores comuns encontrados em pacientes com TPB. Há uma ligação entre abuso e TPB, principalmente em casos de abuso sexual, conforme apontam os estudos descritos por Bradley, Conklin e Westen (2010), nos quais identificaram resultados indicativos de traumas cumulativos, e não eventos traumáticos isolados, como mais significativos no desenvolvimento de TPB. Os autores apontam ainda que a instabilidade e a falta de um ambiente educativo na família, contribuem sobremaneira para o desenvolvimento de TPB, e afirmam que, embora hajam poucas pesquisas que associem abuso ao TPB, são associados à este: atribuição de malevolência aos outros e medos de abandono e solidão, que supostamente estão relacionados aos maus tratos ou mesmo a ausência de cuidado pelas figuras parentais (Gunderson, 2001; Zanarini e Frankenburg, 1997 *apud* Bradley, Conklin e Westen, 2010).

Objetivo

O presente estudo tem como objetivo apresentar um caso clínico no qual se busca articular o diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline* a um contexto de violência intrafamiliar em uma paciente jovem adulta.

Método

Trata-se de estudo de natureza qualitativa, referente a um caso clínico recebido no serviço de atendimento psicológico de uma universidade da Região do Grande ABC – SP. A paciente, aqui denominada de Marcela⁹⁷, na época do estudo, tinha 29 anos, era casada há 8 anos e tinha duas filhas de 4 e 6 anos de idade. Compareceu às sessões para Triagem, nas quais, diante das 3 entrevistas do tipo semi dirigidas, relatou ter sido diagnosticada com Transtorno de Personalidade *Borderline*, quando permaneceu internada durante 43 dias em um hospital psiquiátrico, entre os anos de

⁹⁷ Nome fictício assegurando-se o sigilo ético necessário.

2013 e 2014, sendo que, desde então, a paciente faz uso de mediação controlada. Antes deste diagnóstico, Marcela relatou que frequentava uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) mais próximos de sua casa, onde era tratada com medicamentos para depressão. O material clínico foi registrado por escrito após a realização de cada uma das sessões, sendo posteriormente supervisionado e analisado em conjunto pelos autores do estudo.

Resultados e discussão

No decorrer das sessões, Marcela contou que nasceu em uma família que residia na periferia de uma cidade do interior de São Paulo e convivia com o pai que abusava de álcool e de outras drogas, além de manter um longo histórico de violência doméstica contra sua mãe, gerando vários registros de Boletins de Ocorrência e denúncias junto ao Conselho Tutelar. Com o passar do tempo, a paciente passou a reagir frente às agressões que ela e sua mãe sofriam de seu pai, culminando com um episódio fatídico, no qual ocorreu o assassinato de seu pai, quando Marcela tinha 17 anos.

"Nasci em uma família complicada [...] meu pai usava droga dentro de casa desde que me conheço por gente [...] ele também bebia muito, o que deixava ele muito agressivo. Cresci vendo minha mãe apanhar [...] a gente também apanhava sempre [...] quando eu comecei a bater de frente com ele [...] ele me batia e eu batia nele". (fragmentos do relato de Marcela).

A paciente, desde a morte de seu pai, passou a manifestar um conjunto de sintomas que, naquele momento, foram entendidos como sintomas depressivos, sendo então, diagnosticada com TPB apenas na ocasião da internação psiquiátrica. Nesse sentido, destaca-se que o diagnóstico de um paciente com TPB é considerado de grande complexidade em função das várias possibilidades e formas de manifestação dos sintomas (Bradley, Conklin & Westen, 2010). Como no caso de Marcela, a sintomatologia foi associada a depressão e, tratada por meio de conduta exclusivamente farmacológica, contrastando com os referendos dos autores citados acima, que apontam a necessidade do processo diagnóstico incluir questões do âmbito psicológico, considerando-se a relevância das experiências infantis e da qualidade dos vínculos familiares e sociais, além de realizar-se de modo simultâneo, o próprio processo de tratamento (Matioli, Noce & Rovani, 2014).

O ambiente familiar relatado pela paciente apresentou indicativos significativos a serem observados no campo diagnóstico, especialmente aqueles característicos de situações de violência mediante o uso da força física por parte do pai ou mesmo de negligência. Estes dados concorrem com a argumentação de Bradley, Conklin e Westen (2010) de que tais acontecimentos na infância se constituem um trauma de caráter cumulativo relevante para o desenvolvimento da TPB.

“... Com uns doze anos eu fui estudar balett [...] meu pai, ele tinha um gênio muito difícil, [...] acho que puxei isso dele [...] comecei a bater de frente com ele [...] eu sei que não certo aquilo, porque ele era meu pai, mas acho que eu tinha cansado daquela vida [...] minha família toda é barra pesada” (fragmentos do relato de Marcela).

Em uma das sessões Marcela comunicou sobre uma ocorrência de violência fatal quando tinha 17 anos de idade, na sua casa, quando participou de um acontecimento fatídico que resultou na morte de seu pai. Alguns critérios definidos pelo DSM –IV (2013) foram observados neste relato, como a presença de impulsividade destrutiva e instabilidade nos afetos desencadeada por comportamentos que implicavam reações descontroladas diante dos sentimentos e perturbações, além de elevada irritabilidade e ansiedade excessiva. Nesse caso, é possível ainda relacionar a violência do referido episódio a uma conduta caracterizada como drástica, sem referências maturacionais capazes de lidar com os impulsos que dominavam a paciente. Kernberg (1967) possíveis desordens cognitivas na organização da personalidade *borderline*, mas recomenda especial atenção quando diante de contextos com elevados níveis de estresse.

“Eu não lembro bem do que aconteceu [...] só lembro de uns clarões, lembro de pegar a faca [...] eu correndo atrás dele [...] lembro meio vagamente de acertar o braço dele [...]”. (fragmentos do relato de Marcela).

“Eu tive um surto e quando acordei não acreditava no que havia acontecido [...] não parecia real [...] eu não entendia o que havia acontecido, não parecia real [...] eu não tive a intenção, não mesmo [...] eu amo ele, eu amava ele e odiava ao mesmo tempo” (fragmentos do relato de Marcela).

“Eu me lembro de muita raiva, muita fúria [...]”. (fragmentos do relato de Marcela).

Considerações finais

Partindo da finalidade descrita para o presente estudo, identifica-se que muitos aspectos do caso apresentado foram relacionados aos aportes teóricos estudados, mesmo assim, a análise do material clínico não permite que se associe diretamente a violência fatal cometida ao TPB. O diagnóstico de TPB atribuído à paciente em questão, indicativo do comprometimento em sua saúde mental, por si só, não se constitui em um elemento suficiente explicar a conduta da paciente.

No percurso do desenvolvimento de Marcela, não há como desconsiderar a relação entre o desfecho relatado e as experiências sofridas pela imposição da violência e pela convivência em um ambiente familiar marcado pela violência e, ainda, pelo testemunho do longo sofrimento de sua mãe diante das agressões do pai. Tais elementos integram sua história de vida e, portanto, são essenciais à compreensão diagnóstica. Contudo, a análise do caso Marcela não permite relacionar, de maneira direta e categórica, o TPB à violência fatal perpetrada, sendo essa afirmativa imprudente e pouco cautelosa diante do conteúdo refletido, mas é incontestável sua importância enquanto um indicativo que merece a devida relevância, tanto para a conjuntura diagnóstica quanto terapêutica. Talvez seja esta mesma, a terapêutica, o que se impõe como caminho no manejo de um tal problema que sem dúvida, tem seu cerne na saúde mental, porém, traz muitas imbricações em sua constituição, que deveriam ser antes de mais nada, percebidas e consideradas pelo viés psicológico, já que é nesta esfera que o desenvolvimento parece ter se desviado, trazendo sofrimento atroz à paciente, à família e à sociedade.

"eu preciso deste tratamento, porque sei que só com ele vou melhorar [...] mas eu perco a hora de propósito, esqueço por querer [...] eu fujo, mas sei que preciso [...] eu quero me tratar, porque não aguento mais minha vida como está [...] eu não sei o que quero, se quero morrer ou não [...] acho que só depois deste tratamento é que vou saber"." (fragmentos do relato de Marcela).

Referências

Bradley, Conklin e Westen (2010), Transtorno de Personalidade *Borderline*. In: Fowler, K. A.; Lilienfeld, S.O.; O'Donohue, W. *Transtornos de Personalidade em direção ao DSM* - V. São Paulo: Roca, 2010.

Dalgalarrrondo, P. (2000). *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Artmed.

Fowler, K. A.; Lilienfeld, S.O.; O'Donohue, W. *Transtornos de Personalidade em direção ao DSM - V*. São Paulo: Roca, 2010.

Hegenberg M. Borderline. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.

Kernberg, O. F. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of American Psycho. Anal. Association*, 15, 641-685.

Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (2013). 5ª ed. Porto Alegre: Artmed. Disponível em: <http://c026204.cdn.sapo.io/1/c026204/cld-file/1426522730/6d77c9965e17b15/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeducador/2015/DSM%20V.pdf> Acessado em 17/11/2016.

Matioli, M. R., Noce, M. A.; Rovani, E. A. (2014). O transtorno de personalidade borderline a partir da visão de psicólogas com formação em Psicanálise. *Saúde e Transformação Social*. Florianópolis, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-70852014000100009 Acessado em 17/11/2016.

ENVELHECIMENTO E TRABALHO: PERCEPÇÕES DE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS IDOSOS

Milena Cristina de Freitas⁹⁸

Claudia Aranha Gil⁹⁹

Resumo

O estudo objetivou analisar as percepções sobre envelhecimento e trabalho, perspectivas futuras e qualidade de vida para docentes universitários após os sessenta anos. Trata-se de um estudo qualitativo que contou com a participação de um homem de 68 anos e uma mulher de 76 anos. Como instrumentos foram utilizados: questionário sócio demográfico, questionário de qualidade de vida no trabalho, entrevista semi-estruturada e a técnica projetiva Desenho-Estória com tema. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo e análise qualitativa. O questionário de qualidade de vida no trabalho evidenciou resultados acima da média, com maior pontuação nos domínios psicológico e pessoal. Para os participantes o envelhecimento está relacionado a ganhos e perdas e o labor ligado à realização. As relações entre trabalho e envelhecimento são percebidas sob a perspectiva das perdas físicas e cognitivas, diferenças de envelhecimento conforme o gênero, necessidades emocionais e financeiras e dificuldades com a tecnologia. As expectativas para o futuro estão associadas ao encerramento da carreira, insatisfação com o mercado de trabalho e desejo de realizar atividades prazerosas. A realização da técnica projetiva evidenciou a expressão de conflitos que não foram aprofundados pelos participantes. Conclui-se pela necessidade de novos estudos com uma amostra mais ampla.

Palavras Chave: Idosos, Docentes, Ensino Superior, Qualidade de Vida.

Introdução

⁹⁸ Psicóloga pela Universidade São Judas Tadeu e mestranda em Ciências do Envelhecimento pela Universidade São Judas Tadeu. Trabalha nas linhas de psicologia clínica e do envelhecimento, e recebe bolsa integral CAPES e pesquisadora do APOIAR/IPUSP.

⁹⁹ Professora Doutora no Programa de Pós Graduação Mestrado Strictu Sensu em Ciências do Envelhecimento da Universidade São Judas Tadeu e pesquisadora do APOIAR/IPUSP

A aceleração do envelhecimento populacional ocorre a nível mundial em ritmos e formas diferentes nos países desenvolvidos e em desenvolvimento. Para Borges e Seidl (2014) o avanço tecnológico e as políticas públicas proporcionam o declínio das taxas de mortalidade infantil e o aumento da longevidade. Ao considerar a relevância da rapidez do envelhecimento populacional, ampliar o conhecimento sobre esse processo torna-se necessário. Nesse sentido, a longevidade além de permitir para ao idoso uma nova relação com a vida, desencadeia mudanças no processo de envelhecimento, tais como, participação na força de trabalho, as relações intergeracionais, troca de papéis na família, movimentação econômica, tecnologia, e a busca por uma melhor qualidade de vida (Chena, Ortolani, Magalhães, Witter e Rodrigues, 2015 e Guseh, 2016).

Segundo Neri (2013), é necessário considerar o envelhecimento a partir da definição de um fenômeno biológico, psicológico e social que será determinado, principalmente pela cultura em que o indivíduo está inserido. Sob essa ótica, o envelhecimento na sua atual concepção se caracteriza não apenas como um processo natural determinado pelo tempo cronológico, mas pela desconstrução e construção da identidade da pessoa. Desse modo, o idoso passa por muitas mudanças ao longo da vida e poderá dar um sentido diferente a essas transformações.

Considerando o desenvolvimento ao longo de toda a vida, Paul B. Baltes (1939-2006) criou o conceito de Life-Span em que prevê uma perspectiva de um desenvolvimento contínuo ao longo da vida, onde, não ocorre a estagnação. Assim, o envelhecimento bem-sucedido inclui a escolha de metas possíveis de serem alcançadas e a busca de compensações quando isso não é possível, levando o idoso a fazer e ser o melhor possível com os recursos que dispõe (Baltes, 2000; Neri, 2006). Desse modo, é importante considerar também, além da importância das atividades físicas as questões relacionadas ao trabalho no processo de envelhecimento ativo, até mesmo porque vem sendo constatado que os idosos que continuam suas atividades profissionais sentem-se úteis na sociedade (Franco e Barros Jr, 2013). Há fortes indícios da participação de idosos na força de trabalho e isto tem sido cada vez mais frequente. Este fato é justificado por alguns fatores, dentre eles, pelo rendimento financeiro de trabalho do idoso ser de caráter fundamental para manutenção de sua renda pessoal e familiar (Soares e Sarriera, 2013 e Moreira, 2012).

Sob essa perspectiva a temática de trabalho e envelhecimento para professores universitários se faz presente para reflexão, pois hoje há lugar e múltiplas

possibilidades de vivenciar essa profissão ao longo do ciclo da vida, inclusive na velhice (Sá e Souza, 2015). Segundo Moreira (2011) em estudo sobre aposentadoria, trabalho e velhice com professores universitários verificou-se que, o trabalho ocupa um valor central na vida dos pesquisados, portanto manter o vínculo empregatício permite ao docente idoso a valorização social e afastar as perdas do envelhecimento, além de articular aposentadoria e continuidade do vínculo empregatício.

Ainda nesse estudo a autora discorre sobre a manutenção do vínculo empregatício, entre os professores universitários após a aposentadoria, não ser decorrência de problemas financeiros, mas sim ao receio da perda de identidade e incapacidade física. Para estes profissionais que se sentem reconhecidos em suas atividades, trabalhar representa uma possibilidade de vivenciar a saúde. Portanto, a aposentadoria para docentes universitários é atraente se pensada como um benefício, e não como o encerramento das atividades profissionais. Diante do exposto, o objetivo do presente estudo é analisar as percepções sobre envelhecimento e trabalho, perspectivas futuras e qualidade de vida para docentes universitários que continuam atuando profissionalmente após os sessenta anos.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e de campo com abordagem qualitativa, e que se constitui em um estudo piloto de uma pesquisa mais ampla. A pesquisa está aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa sob nº 1.693.331. A amostra foi por conveniência com dois professores universitários acima de 60 anos. Inicialmente foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após foi aplicado um roteiro de caracterização da amostra. Em seguida foi realizado o Procedimento Desenho-Estória com Tema (Aiello-Vaisberg, 1997). Trata-se de uma técnica projetiva que visa compreender o imaginário coletivo e investigar a representação social com relação à temática abordada. Foi solicitado para o participante fazer uma unidade de desenho com lápis grafite em folha sulfite e em seguida contar uma história sobre o que desenhou. O desenho teve como instrução: “Desenhe uma pessoa idosa que trabalhe e conte uma história”.

Posteriormente, foi aplicado o Questionário de qualidade de vida no trabalho versão abreviada QWLQ-Bref (Cheremeta, Pedroso, Pilatti e Kovaleski, 2011). Trata-se de uma escala validada que foi criada na mesma metodologia do Whoqol-Bref, para possibilitar resultados com menor demanda de tempo para aplicação e tabulação de

dados. Avalia-se a qualidade de vida no trabalho do indivíduo nas seguintes dimensões: físico e saúde, psicológico, pessoal e profissional, e é composto por vinte questões. Por fim, foi realizada uma entrevista semiestruturada com cinco perguntas elaboradas pelas pesquisadoras, para levantamento de informações a respeito dos participantes e sobre a temática abordada. O estudo foi baseado na busca da compreensão da dinâmica do ser humano, partindo do significado vivenciado para o indivíduo (Turato, 2005). Para essa abordagem foi utilizada a análise de conteúdo de Bardin (2011). Trata-se de uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva e sistemática do conteúdo manifesto da comunicação.

Resultados e Discussão

Os participantes foram identificados como P1 e P2. O primeiro é um homem, 68 anos, casado, aposentado, formado em letras, com mestrado, atua há 27 anos na atual instituição, que é privada e leciona no curso de letras. P2 é uma mulher, 76 anos, divorciada, aposentada, formada em Psicologia, com mestrado, atua há 33 anos na atual instituição, que é privada e leciona no curso de pedagogia.

Com relação ao questionário de qualidade de vida no trabalho os participantes apresentaram as seguintes pontuações gerais: nos domínios físico/Saúde 75%, Psicológico 83,33%, Pessoal 84,38% e Profissional 62,50% e no total 76,30%. Observa-se que todos os resultados estão acima da média, embora ocorra maior pontuação nos níveis psicológico e pessoal e menores em físico/saúde e profissional. Esses dados corroboram com estudo de Medeiros (2012), em que os domínios psicológico e pessoal obtiveram maior pontuação que o total de qualidade de vida no trabalho. A autora discorre que esse resultado deve-se ao fato dos colaboradores serem dependentes dos benefícios e salário oferecidos pela organização, sendo esse aspecto relacionado ao nível pessoal que é a realização no trabalho e o nível psicológico que diz respeito à satisfação pessoal. Nesse mesmo estudo, a autora afirma que as menores pontuações no físico e profissional são referentes ao estresse e as atitudes organizacionais influenciarem no trabalho do indivíduo.

Análise de conteúdo da entrevista semi-estruturada

Com relação à percepção sobre o envelhecimento a participante P2 apresentou conteúdo referente ao envelhecimento ativo e foi destacada a boa relação que têm com o processo de envelhecimento, por exemplo, “... e sempre fui muito ativa, então não fico me preocupando com essas coisas. Eu não tenho uma dor, nenhum problema, eu

esqueço que tenho essa idade”. Segundo Neri (2013) o modo que a pessoa lida com o processo de envelhecimento é relativa a cada um, pois depende de como o indivíduo vivenciou as fases anteriores do desenvolvimento. Portanto, o processo de envelhecimento sendo vivenciado de um modo ativo pode contribuir para uma melhor qualidade de vida. Moreira, Freitas e Vieira (2014) em estudo sobre velhice bem-sucedida para professores universitários, destacam que a capacidade de se manter ativo para os docentes está vinculada a continuidade do trabalho. Esse dado vem de encontro com a fala da P2: *“Sempre trabalhei muito, sempre precisei trabalhar muito, e sempre fui muito ativa...”*.

Aspectos negativos do envelhecimento foram trazidos pelo participante 1, por exemplo, *“... não existe coisa pior do que ficar velho tudo é proibido para o velho. Você é o assunto da conversa dos outros e não participa dela. É a coisa mais estranha envelhecer. Trocaria toda minha experiência por um de juventude, não existe nada melhor que a juventude, você faz o que quer é bem quisto”*. Segundo Freitas e Campos (2015) as diferentes formas de envelhecer podem estar relacionadas a preocupações causadas por maior vulnerabilidade a doenças, mudanças corporais, perda do status familiar e participação social como um todo (Araújo, Nascimento & Amaral, 2011).

Na categoria temática “Trabalho” os dois participantes mencionaram a forte realização pessoal que é vivenciada através do labor: P1 *“... mas o trabalho é uma realização, sempre gostei de trabalhar e dar aula”* e P2 *“Eu dei certo, trabalho com o que gosto, é a parte do dia que me sinto realizada”*. Segundo Zanelli (2010) o trabalho é central na vida das pessoas e está intrinsecamente relacionado à identidade que é criada a partir da profissão. Novo, Almeida, Pinto, Silva, Cantos e Moraes (2010) em estudo sobre o significado do trabalho para os docentes idosos de uma instituição federal, apontam que o trabalho apresenta forte relação com a identidade dos participantes, sendo fonte geradora de realização, orgulho e status.

Com relação à percepção que os participantes têm entre o fato de estar envelhecendo e as relações com o trabalho como docentes apareceram conteúdos sobre as perdas físicas e cognitivas como motivo de interferência para uma melhor atuação como professor universitário, por exemplo, P1 *“Acontece o seguinte você vai perdendo a memória, audição, visão, a paciência, então a memória é fundamental”*. Segundo Limoeiro (2016) existe um sentimento de envelhecer representado nas mudanças no corpo, portanto, as transformações na aparência e a diminuição da

capacidade física e cognitiva influenciam o modo que o idoso percebe-se no ambiente de trabalho, podendo sentir que apresenta um pior desempenho na sala de aula.

A diferença de envelhecer entre os sexos é um tema presente para o P1: *“A articulação é diferente também, porque a mulher é articulada nessa idade, e o homem é aos trancos, aos poucos que vai falando. Para a mulher o envelhecimento não é tão ruim, quanto para o homem”*. Segundo Fin, Borowski, Gazzana, Portella e Scortegagna (2014), na atualidade, com todos os recursos tecnológicos e condições sociais, as mulheres são as que representam uma longevidade maior por saberem lidar e buscarem estratégias para o enfrentamento da velhice.

A continuidade do trabalho relacionado a uma necessidade psicológica é apresentada, por exemplo, P1: *“Você continua trabalhando porque precisa, mas não é uma precisão financeira e sim emocional é mais psicológica do que financeira”*. Nesse relato é possível analisar que o aspecto emocional é relacionado ao status que o trabalho atribui para a pessoa, além de ser valorizado socialmente e ser produtivo. Portanto, a continuidade da atividade profissional afasta o idoso do paradigma: velho não produtivo (Zanelli, 2008). Varela (2013) em pesquisa sobre o significado do trabalho para professores universitários idosos de uma universidade constatou que, as principais motivações para os participantes continuarem na ativa, mesmo já havendo completado os requisitos para a aposentadoria, foram: a sensação de utilidade e o ganho financeiro. Esses dados corroboram com o presente estudo, pois a sensação de utilidade é relacionada à valorização social.

A necessidade financeira, sendo um fator para continuidade do trabalho, como citado anteriormente, é também um dos motivos principais. P2 *“Outras opções era parar de ser professora e trabalhar em outra área. Eu adoro dar aula, mas não é só isso, é financeiro”*. Moreira (2012) afirma que o rendimento financeiro de trabalho do idoso é de caráter fundamental para manutenção de sua renda pessoal e familiar. Muitos idosos se tornaram importantes no núcleo familiar, na maioria das vezes como provedor financeiro do lar e dificilmente poderá ter algum benefício compensatório que possa gerar sua queda na participação no mercado de trabalho (Felix, 2012).

As dificuldades com a tecnologia aparecem associadas também a atividade profissional da docente P2: *“Eu acho que pela saúde, pelo que tenho que fazer não, o que me incomoda muito é a tecnologia, nunca tive o hábito de lidar com tecnologia, e o mundo acha que deve girar em torno disso”*. Considerando que as gerações anteriores

de professores não pertencerem a era tecnológica, eles podem apresentar grande dificuldade de acompanhar o avanço rápido das tecnologias didáticas e certa resistência de se adaptar. Nierotka, Becegatto, Pillatt e Portella (2014) discutem que os idosos têm certa dificuldade de aceitar e aprender a utilizar as novas tecnologias. Quando trata-se de inseri-las no ambiente de trabalho, percebe-se pouca instrução por parte das instituições, causando assim uma maior resistência pelos profissionais idosos.

Na última categoria temática “Perspectiva para o futuro” os participantes trouxeram como expectativa o desejo de encerrar a carreira em um futuro próximo P1 *“Vou trabalhar até 70 anos, quero fazer outras coisas...”* e P2 *“Eu planejo parar de dar aula... Vou fazer 77 em janeiro não da para inventar moda mais, preciso ficar em casa”*. Os autores Freitas e Campos (2015), Zanelli, Silva e Soares (2010) e Neri (2014) consideram o encerramento da carreira profissional como uma transição que necessita de reflexão e preparação. O desligamento deve ser aos poucos, pois impacta diretamente na vida social e pessoal. Implica mudança de papéis e condicionam a uma revisão da existência.

Com relação à insatisfação com o mercado de trabalho, os dois participantes apontam que o atual cenário político e social instável do Brasil faz com que as universidades sejam impactadas. Citam a desvalorização do professor mais velho e a queda do ensino superior como influencia na atuação. Exemplos: P1 *“Em uma universidade o professor antigo é compensado por dois que ganha menos...”* e P2 *“... não me satisfaz mais a queda que as universidades deram”*.

Os dois participantes apresentam ainda a vontade de ao encerrar a carreira dedicar-se a atividades prazerosas, como por exemplo, P1 *“... quero fazer outras coisas e não fazendo diário de classe e sim outras coisas com mais prazer, essas coisas acessórias não me dão prazer e eu espero fazer outra coisa que me de prazer. Espero curtir os últimos anos da minha vida em casa e fazendo algo que eu goste”* e P2 *“Gostaria de fazer alguma coisa em casa e ficar mais em casa...”*. Soares e Costa (2011) apontam que a aquisição de novos projetos na velhice é uma forma de romper certos paradigmas e buscar segurança em atividades de grande afinidade, além de ser uma expressão positiva quanto à velhice. Doll e Oliveira (2014) em estudo sobre lazer no envelhecimento destacam que, a escolha por uma atividade prazerosa na velhice está relacionada aos elementos de carreira e de identificação, que permitem escolher uma atividade, e analisar o impacto na qualidade de vida.

Análise Qualitativa dos desenhos-estórias com tema

Os dois participantes expressaram nos desenhos e nas histórias correspondentes aspectos da rotina de trabalho, porém também trouxeram em suas produções situações de conflito relacionado ao trabalho que desempenham. Nesse sentido P1 conta a seguinte história: *“Está dirigindo um automóvel, é um homem, trabalha, indo para o serviço meio preocupado com o dia a dia e vamos vê o que vai acontecer, ele está na expectativa de alguma coisa”*. P2, embora traga aspectos mais positivos relacionados à atividade docente, traz também um conflito, ainda que mais sutil: *“Ela está bem tranquila de um relacionamento muito adequado com seus alunos, com uma aula boa, mas deixando um pouco a desejar, mas na maioria das vezes ela sai da aula bem satisfeita”*. Segundo Zanelli, Silva e Soares (2010) as pessoas que estão próximas de encerrarem as atividades profissionais carregam certa ansiedade e conflito com relação ao trabalho. Hipotetiza-se que os participantes não aprofundaram o conflito existente por receio de serem julgados negativamente.

Considerações finais

No presente estudo procurou-se identificar as percepções de trabalho na velhice para professores universitários. Foi observado que embora se sintam realizados profissionalmente, os participantes apontam a existência de vários conflitos relacionados a exercer a função docente na velhice, o que favorece o desejo de encerrar a carreira, podendo dedicar-se assim a outras atividades.

A realização da técnica projetiva evidenciou a expressão de conflitos latentes, porém não foram aprofundados pelos participantes. Sugere-se como hipótese que os docentes frente à execução da técnica, mostraram-se defendidos para expor de modo mais profundo seus conflitos profissionais. De modo geral, os resultados corroboram aos dados encontrados na literatura sobre o tema. Ressalta-se que é necessário realizar novas pesquisas mais amplas com um maior número de participantes e de outros tipos de instituição.

Referências

Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1997). Desenhos com Tema. In Trinca, W. (org.) *Formas de Investigação Clínica em Psicologia - O procedimento de Desenhos-Estórias e Desenhos de Famílias com Estórias*. São Paulo: Vetor.

- Baltes, P. B. (2000). Autobiographical reflections: from developmental methodology and lifespan psychology to gerontology. In J. E. Birren & J. F. Schroots (Eds.), *A history of geropsychology in autobiography* (pp. 1-6). Washington, DC: American Psychological Association.
- Borges, L. M.; Seidl, E. M. F. (2014). Saúde autopercebida e qualidade de vida de homens participantes de intervenção psicoeducativa para idosos . *Psico USF*; 19(3): 421-431.
- Chena,D.N.C, Ortolani,F.P.D., Magalhães, F.G., Witter, C. & Rodrigues, G.M. (2015). Envelhecimento e interdisciplinaridade: análise da produção científica da revista estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento. *Estud. interdiscipl. envelhec*, v. (20) 3, p. 883-901.
- Cheremeta, M., Pedroso, B., Pilatti, L.A & Kavalesky, J.L. (2011). Construction of short version of QWLQ-78: a measurement instrument of quality of work life. *Revista Brasileira de Qualidade de vida*. 03 (01) 01-15.
- Franco, C. M. B. & Barros Jr, F. O. (2013). O envelhecimento ativo e o espaço acadêmico: significações das pessoas idosas do programa integração de gerações em Teresina-PI. *Revista Faculdades Santo Agostinho*. 10 (4) 334-346. Recuperado de file:///C:/Users/Milr/Downloads/199-748-2-PB.pdf.
- Guseh, J. (2016). Aging of theWorld's Population. North Carolina Central University, USA.
- Moreira, J. O. (2012). Mudanças na percepção sobre o processo de envelhecimento: reflexões Preliminares. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 28(4) 451-456. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722012000400003&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-37722012000400003.
- Moreira, J. O. (2011). Imaginários sobre aposentadoria, trabalho, velhice: estudo de caso com professores universitários. *Psicologia em Estudo*, v. 16, n. 4, p. 541-550.
- Neri, A. L. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento In: Malloy-Diniz, F., Fuentes, D., Cosenza, M.R. (Org) *Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed.
- Neri, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2006000100005.

Soares, P. H. D. & Sarriera, C. J. (2013). O tempo livre na aposentadoria: uma experiência no aposenta-ação. In Santos, S. S. & Carlos, A. S. *Envelhecendo com apetite pela vida*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Zanelli, J. C., Silva, N. & Soares, P. H. D. (2010). Orientação para aposentadoria nas organizações de trabalho: construção de projetos para o pós-carreira. Porto Alegre, RS: Ar

OS CONTOS DE FADAS NA COMPREENSÃO PSICOLÓGICA DA CRIANÇA ACOLHIDA: UM ESTUDO DE CASO

Carolina de Fátima Tse¹⁰⁰

Hilda Rosa Capelão Avoglia¹⁰¹

Eduardo Marchese Damini¹⁰²

Resumo

É reconhecida a importância dos contos de fada no desenvolvimento como forma de elaboração de conflitos vivenciados na infância. Na perspectiva psicanalítica as histórias infantis se apresentam como recursos simbólicos que influenciam o modo como a criança pensa e experimenta o mundo com o qual convive, sendo que, por essa razão, os contos se constituem em uma fonte para compreensão do universo infantil. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar os elementos simbólicos dos contos de fadas presentes na narrativa de uma criança e articulá-los ao seu processo de desenvolvimento. O trabalho parte da análise de um estudo de caso de uma menina com 8 anos de idade que se encontrava em situação de acolhimento há 6 meses. O material foi analisado sob o prisma do simbolismo presente nos contos de fadas. Os resultados demonstram que a criança recorre a representação da princesa como personagem alvo de sua projeção. Ao mesmo tempo que a princesa se constitui em uma figura de identificação, aciona sua estrutura defensiva aliviando a angústia e o sofrimento psíquico que experimenta cotidianamente na convivência com a condição de acolhida. O simbolismo dos contos de fadas mostrou-se um elemento relevante para ampliar a análise da criança.

Palavras-chave: Contos de Fada; Desenvolvimento Infantil; Acolhimento.

INTROUÇÃO

¹⁰⁰ Psicóloga clínica - Universidade Metodista de São Paulo.

¹⁰¹ Professora Doutora curso de Psicologia Universidade Metodista de São Paulo.

¹⁰² Discente do curso de Psicologia da Universidade Metodista de São Paulo.

Os impactos diante do processo de acolhimento são reconhecidos, uma vez que a literatura especializada esclarece sobre o processo doloroso vivenciado pela criança no que se refere a ruptura com a família de origem. Nesse sentido, vale investigar os caminhos capazes de oferecer algum tipo de alívio psicológico que fortaleça o enfrentamento dessa condição.

Os contos permitem que as crianças se expressem com maior facilidade e espontaneidade, ou seja, com maior controle sobre sentimentos de culpa, medo ou ainda, uma vez que, essa estratégia possibilita a manifestação de conteúdos internos que as afligem. Caso essa manifestação dependesse exclusivamente de sua capacidade de expressão verbal, poderia ser mais difícil. Assim sendo, por meio das associações entre o material presente nos contos e seus conflitos internos, é possível identificarem-se com o que dá significado ao motivo de sua problemática, que potencialmente esteja oprimindo (Bettelheim, 2003).

Os pensamentos de uma criança, realizáveis por meios de mágicas ou de contos, como já descrito, podem incluir desejos destrutivos, contudo, ressalta-se que medos e receios podem ordenar-se por meio dessas histórias. Nesse sentido, Bettelheim (2003) acredita que a criança, em seu esperado processo de desenvolvimento, esteja cada vez menos imersa no caos que, por si só, tem dificuldade de manejar.

Bettelheim (2003) considera que quanto mais seguro um indivíduo se sente no mundo, menor será a necessidade de recorrer a projeções infantis, como acontece com o uso dos contos de fadas para a solução dos problemas cotidianos. Por outro lado, o autor afirma que, quanto mais o indivíduo se sentir inseguro a respeito de si e de seu lugar no mundo, maior será a tendência de refugiar-se dentro de si mesmo, ou então, mover-se para fora, para a conquista.

Tratando-se de crianças em situação de acolhimento é possível refletir no que postula Bowlby (1988) ao argumentar que a qualidade dos cuidados parentais que uma criança recebe em seus primeiros anos de vida é de importância vital para a sua saúde mental. O referido autor diz ser fundamental que o bebê e a criança pequena tenham a vivência de uma relação calorosa, íntima e contínua com a mãe, na qual ambos encontrem satisfação e prazer, e é nessa relação complexa e enriquecida pelas relações com o pai e com os irmãos que se constitui a base do desenvolvimento da personalidade e saúde mental da criança.

Os tipos de vínculos a serem construídos podem variar, porém, o mais comum que existe é entre os pais e seus filhos e entre adultos do sexo oposto. A característica essencial da vinculação afetiva é quando os dois parceiros tendem a manter-se

próximos um do outro, pois, se por alguma razão se separam, cada um deles procurará o outro mais cedo ou mais tarde para uma reaproximação. Muitas das mais intensas emoções humanas surgem durante a formação, manutenção, rompimento e renovação dos vínculos emocionais (Bowlby, 1982).

Algumas crianças são mais afetadas pela situação de acolhimento que outras, como explicam Hetch e Silva (2009), sendo possível verificar, de acordo com os autores, alguns estudos que descrevem que quanto maior a privação do contato materno maior será o prejuízo no desenvolvimento da criança. Entretanto, é necessário levar em consideração outros aspectos, como os fatores hereditários, a idade da criança e também o grau de privação ao qual a criança foi submetida.

OBJETIVO

Diante destas considerações, é possível compreender a adversidade emocional com a qual convive a criança acolhida e as repercussões em seu percurso de desenvolvimento. Nessa perspectiva, o uso de estratégias clínicas, como os contos de fada, se mostra uma alternativa importante para a elaboração da angústia e dos conflitos desencadeados por essa situação. Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar os elementos simbólicos dos contos de fadas presentes na narrativa de uma criança acolhida e articulá-los ao seu processo de desenvolvimento.

MÉTODO

O artigo apresenta um estudo de caso, envolvendo uma menina, de 8 anos de idade, que se encontra em situação de acolhimento há 8 meses em função de ter sofrido negligência familiar. Foi desenvolvido em um abrigo localizado na Região do Grande ABC-SP e integra uma pesquisa mais ampla aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo (CEP-METODISTA - Parecer no: 633.742/24/04/2014).

Para a coleta de dados utilizou-se o Procedimento Desenho-Estórias com Temas (DE-T), com a consigna: “*Desenhe uma menina*”. A seguir foi solicitado que contasse um história sobre a produção gráfica realizada. No que se refere a análise dos dados, levou-se em conta todos os componentes como um único processo, ou seja, considerou-se além do desenho, a história e o inquérito, respectivamente. O material

foi analisado como um todo, utilizando-se de autores de compreendem as técnicas gráficas projetivas, como sugere Trinca (1984).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No momento da aplicação do procedimento foi solicitado como instrução: *“Aurora, eu gostaria que você desenhasse uma menina, da maneira que achar melhor”*. Aurora desenha e comenta: *“É uma princesa!”*, explica os cabelos, os laços, a grama no chão, o desenho no vestido diz ser uma árvore de Natal e na cabeça, uma coroa. Observa-se que o desenho é repleto de figuras, corações com asas, identificados como anjos, ressalta-se que houve uma tentativa da menina em preencher os espaços da folha. A figura da princesa é de tamanho grande, centralizada na folha.

Sobre a história, temos: *“Aurora, conta pra mim uma estória do desenho que você fez?”*. A criança inicia:

“Era uma vez uma bela adormecida, ela tinha muitos anjos ... Aí o príncipe queria casar com ela, mas a bruxa falou que ela não vai se casar, e ela chorou [pausa]. Aí ela perdeu o sapatinho, aí se arrumou e aí ficou felizes para sempre”. Aurora retoma: *“Ela se casou, perdeu o sapato na escada e ficou chorando”*. A pesquisadora questiona: *“Por que ela chorou?”* Aurora diz que chorou porque estava triste. Ao ser questionada o que mais deixava a princesa triste, responde: *“Porque a bruxa falou que ela não vai se casar ... Ela dizia que eles não podiam se casar e aí foram felizes para sempre”* responde quando questionada a respeito do que deixava a princesa triste.

Título para a história: *“Adormecida”*.

Alguns indicadores do procedimento nos possibilitam pensar no uso de contos de fadas. *“Era uma vez uma Bela Adormecida, ela tinha muitos anjos”*, trecho retirado da história de Aurora, ressaltando que os anjos presentes no desenho (dois corações com asas) tinham como função arrumar a roupa da princesa e deixá-la mais bonita, dessa forma é possível imaginar a relação entre uma princesa que busca ajuda, mesmo que de forma fantasiosa a fim de suprir suas necessidades, podendo inclusive nesse momento, ser um representante da carência afetiva da participante projetada na princesa. Essa associação pode ser confirmada com o que postula Piccolo (2003), quando afirma que alguns desenhos apresentam grande preocupação de estarem cheios de conteúdo em uma aparente tentativa de enriquecê-lo, de tal maneira a evitar sentimento de vazio e carência.

A autora defende ainda que os desenhos infantis, que apresentam tais conteúdos em geral, costumam revelar princesas ou personagens de grandes riquezas, elementos esses que expressam potencialmente a necessidade de negação o e medo de perda do objeto (Piccolo, 2003).

Aurora desenha uma princesa e em sua estória apresenta personagens, atitudes e relações comuns em contos de fadas populares entre as crianças:

“Era uma vez uma Bela Adormecida”, “[...] perdeu o sapato na escada e ficou chorando”, “[...] se arrumou e ficou felizes para sempre”.

A figura desenhada recebe nome de uma princesa (no caso, Bela Adormecida) considerando a ótica da fantasia somada as ideias supracitadas é possível perceber a identificação de Aurora com as princesas, possivelmente como mecanismo de defesa por meio do deslocamento e projeção, dessa forma faz uso de um conto conhecido para escapar da realidade dolorosa com a qual convive.

Aurora enfatiza em diversos momentos da produção que desenhará uma princesa:

“Vou fazer uma princesa”, “Eu só sei desenhar uma princesa, tá?”.

Bettelheim (2003) ressalta que os contos de fadas se fazem presentes em paralelo ao desenvolvimento da criança influenciando a forma como ela pensa e experimenta o mundo, por essa razão essas histórias são para elas tão fortemente convincentes. O autor avalia que os contos de fadas apresentam uma visão de mundo mais pertinente ao universo infantil e é percebida de forma mais próxima a sua realidade, até mesmo do que a visão e forma de consolo que poderiam vir de um adulto. No caso de Aurora, ela recorre a representação de princesas, possivelmente identificada com os elementos que envolvem essa personagem.

Em outro trecho da história, Aurora comenta: *“A bruxa falou que ela não vai se casar”*, pode ser uma possibilidade que o clichê da bruxa que impede a felicidade do príncipe e da princesa, muito conhecido pelo senso comum e popular em contos de fadas. Ao analisar o procedimento aplicado, enfatizando a história é possível identificar a bruxa como representação da supressão aos desejos de Aurora, ou seja, como se fosse impedida de realizar seus desejos, por mais tangíveis que pareçam: *“Aí o príncipe queria se casar com ela, mas a bruxa falou que ela não vai se casar, e ela chorou”*, assim sendo, o príncipe parece disposto a casar, a princesa também, entretanto a bruxa aparece como impedimento.

Os contos de fadas, de forma pronunciada, demonstram princesas que em geral, sofrem e são “magicamente” resgatadas, encontrando por fim, o final feliz: *“[...] Aí foram felizes para sempre”*. Em referência ainda as fantasias expressadas no

procedimento, pode-se acreditar em uma tentativa de Aurora de ter soluções “mágicas”, repletas de fantasias, possivelmente em uma tentativa de ver “magicamente” suas angústias solucionadas, considerando-se que Aurora faz uma alusão aos contos de fadas, projetando-se nessas personagens.

Os contos de fadas são vivenciados pelas crianças de maneira a sentir-se entendida, trazendo sentimentos de esperanças e ansiedade, como explica Bettelheim (2003). Os contos de fadas, de acordo com o citado autor, podem ser enriquecedores e tratam da dimensão “mágica”, até mesmo porque as crianças não entendem como as histórias funcionam para si, mesmo que façam uso dela: *“Ela se chama Bela Adormecida”*, diz Aurora durante a contação.

Em sua obra Levy (1991) afirma que o desenho projetivo é capaz de apontar o autoconceito da pessoa, expressando o tom emocional de forma consciente e incluindo símbolos camuflados e inconscientes, tais aspectos são perceptíveis em alguns momentos, entre eles o temor à castração, a superficialidade e os mecanismos de defesa apresentados.

Na história elaborada por Aurora, o príncipe e a princesa desejam casar-se e uma bruxa surge como aquela que impede a concretização desse desejo. Pode-se fazer uma analogia dessa relação na qual a princesa é a personagem na qual Aurora se projeta, a bruxa pode representar aquele que impede a realização dos desejos, neste caso, o abrigo enquanto instituição, e o príncipe, que se constitui no objeto do desejo da princesa. Observa-se que Aurora está inserida em uma nova realidade, o abrigo, que potencialmente a leva ao sofrimento, a bruxa pode ser a representação da situação forçada de acolhimento que atualmente a participante vivencia, impedindo-a de voltar ao seio familiar, desejo relacionado ao príncipe.

Anna Freud (1982) postula que na infância o Ego tende a negar a fim de livra-se do indesejado, ao menos enquanto sua comprovação de realidade ainda não estiver plenamente desenvolvida. A autora ressalta que a criança o faz de várias formas, não somente limitado às ideias, mas também representa e dramatiza, sendo capaz de inverter sua situação real, como por exemplo neste estudo de caso, no qual, usa princesas e contos de fadas como subsídios para seus conflitos internos. Aurora, por exemplo, faz uso dos recursos da fantasia como contos de fadas e parece usar da estória para suprir seus desejos de reintegração familiar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma vez acolhida, a criança sofre com o processo de transição e com a privação afetiva a qual é submetida, desconhecendo, muitas vezes, qual o sentido de estar naquele espaço institucional. Nesse sentido, pode-se considerar que a criança em questão demonstra vivenciar sentimentos de abandono e menos valia, denotando dificuldades em representar a si mesma na qualidade de acolhidas e demonstra a negação e oposição como forma de defesa para afastar-se deste meio. É possível perceber ainda que a criança esteja passando por uma situação marcante no percurso de seu desenvolvimento que agrava ainda mais a falta de confiança em si e nos outros, ou seja, repercute na qualidade do estabelecimento de vínculos, potencialmente buscando fuga na fantasia como subsidio psíquico para lidar com sua dolorosa condição.

Tomar o lugar da princesa, como a participante expressa gráfica e verbalmente durante o procedimento, parece garantir-lhe uma forma de se defender psiquicamente do sofrimento a que está exposta ainda que pelo uso da fantasia.

É, portanto, pela ótica do conto de fadas, que se completa a análise das produções de Aurora e pode-se inferir que seus medos e receios, potencialmente estabelecidos em razão de sua situação de acolhimento, aparecem de forma castradora e ameaçadora, sendo assim, pressupõe-se que Aurora busca aliviar esse sofrimento, ora por meio do uso de mecanismos de defesa, sendo de negação ou compensação, ora demonstrando sentimentos autodestrutivos por meio ou ainda conquistando o objeto de desejo, mesmo que exista uma figura que a separe dessa realização.

REFERÊNCIAS

Freud, Anna. (1982). *O ego e os mecanismos de defesa*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. (Original de 1946).

Bettelheim, B. (2003). *A psicanálise dos contos de fadas*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

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

Bowlby, J. (1982). *Formação e rompimento dos laços afetivos*. São Paulo: Martins Fontes.

Hetch, B; Silva, R. F. P. (2009). Crianças institucionalizadas: a construção psíquica a partir da privação do vínculo materno. *Portal dos Psicólogos*, Rio Grande do Sul, 2009. Disponível em:<<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0199.pdf>>. Acesso em: 02 de maio de 2016.

Levy, S. (1991). Desenho da figura humana *In*: Hammer, E.F. (Org) (1991). *Aplicações clínicas dos desenhos projetivos*. Rio de Janeiro: Interamericana, p. 61-58.

Piccolo, E.G. Os testes Gráficos. *In*: Ocampo, M. L. S; Arzeno, M. E; Piccolo, E.G. (2003). *O Processo Psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. São Paulo: Martins Fontes, p. 203-318.

Trinca, W. (1984). *Diagnóstico psicológico: a prática clínica*. São Paulo: EPU.

LUODIAGNÓSTICO E O USO DE DROGAS NA INFÂNCIA: ESTUDO DE CASO

Rosa Maria Lopes Affonso, ¹⁰³

Simone Canola Araujo¹⁰⁴

Fernanda Ferreira Guedes¹⁰⁵,

RESUMO

O presente estudo compreende a análise do processo de Psicoterapia Infantil de um paciente em uma Clínica Escola, com 12 anos, do sexo masculino e que frequentava a 6ª série do ensino fundamental II. A mãe trouxe o paciente apresentando queixa de mau comportamento, absenteísmo escolar e uso de drogas. O objetivo da trabalho foi investigar o potencial da expressão lúdica na compreensão da problemática infantil, e nesse caso, em particular. Foi utilizado o método clínico, com base num estudo de caso, sendo apresentado uma sessão da criança visando também a relação com dados fornecidos pela responsável materna. Verificou-se que a representação lúdica favoreceu a compreensão das dificuldades da criança. Tendo possibilitado um diálogo e orientação em relação ao uso da droga. A partir do atendimento, baseado na expressão lúdica, o atendimento favoreceu possibilitou o retorno da criança aos estudos. Conclui-se que ludodiagnóstico permite à criança manifestar e, ainda mais, elaborar seus conflitos. Revela também por meio das representações da criança a necessidade do atendimento familiar.

Palavras-chave: Ludodiagnóstico; Psicoterapia Breve Infantil, Dependência Química, Dinâmica Familiar.

INTRODUÇÃO

Nesse item aborda-se temas relativos ao artigo aqui apresentado: o Ludodiagnóstico e a atividade lúdica; e o uso de drogas na adolescência. O ludodiagnóstico é uma ferramenta utilizada pelo psicólogo com a criança, após as entrevistas iniciais com os pais, e tem como objetivo o diagnóstico clínico, através de materiais lúdicos que

¹⁰³ Supervisora Laboratório de Saúde Mental e Psicologia Clínica Social- APOIAR
rosapsiaffonso@yahoo.com.br

¹⁰⁴ Clínica Psicológica UNIFMU si_canola@hotmail.com

¹⁰⁵ Clínica Psicológica UNIFMU guedesffg@gmail.com

possibilitam a expressão de conteúdos do mundo interno e externo do paciente. Affonso (2012) caracteriza como um instrumento utilizado que permite ao terapeuta o estudo e o diagnóstico do funcionamento mental da criança. Em geral, na sessão lúdica são usados materiais estruturados, tais como: família de bonecos, casinha com quarto, banheiro, sala e coxinha, animais domésticos e selvagens, etc., e materiais não estruturados, como: lápis, massa de modelar, brinquedos de construção e etc. Trata-se de uma técnica utilizada nos primeiros encontros com o terapeuta. Cabe ao profissional interpretar, mediante observação e da associação livre estabelecendo uma comunicação e um vínculo terapêutico com a criança inserida no contexto clínico lúdico psicanalítico.

Diante do brincar, do brinquedo e brincadeiras, o psicoterapeuta utiliza esta interação lúdica a fim de observar o comportamento, identificando e diagnosticando a projeção dos conflitos infantis, tal como propõe a técnica psicanalítica. Winnicott (1975) afirma em *O Brincar e a Realidade*:

A psicoterapia se efetua na sobreposição de duas áreas do brincar, a do paciente e a do terapeuta. A psicoterapia trata de duas pessoas que brincam juntas. Em consequência, onde o brincar não é possível, o trabalho efetuado pelo terapeuta é dirigido então no sentido de trazer o paciente de um estado em que não é capaz de brincar para um estado em que o é. (p. 69)

Klein, inovadora no atendimento psicanalítico de crianças, em *A Psicanálise de Crianças* (1997, p.7-8) afirma que “A criança expressa suas fantasias, seus desejos e experiências reais numa forma simbólica através do brincar e dos jogos.” Sendo assim, o brincar é uma linguagem como nos sonhos, conforme a teoria de Freud.

Analisando o brinquedo e a forma de brincar da criança nas sessões ludoterápicas pode-se observar as representações das vivências infantis e que podem envolver: o ambiente, a dinâmica familiar, o contexto geral em que a criança está inserida, seu papel e a sua função da família e, também, possíveis dificuldades, como por exemplo, as escolares. Este estudo, aborda a dependência química presente no contexto familiar de um paciente, fato que já ocorria antes do seu nascimento e a análise da hipótese de que o seu envolvimento com as drogas pode caracterizar um sintoma deste ambiente com aspectos prejudiciais para o seu desenvolvimento.

É importante ressaltar que o envolvimento com as substâncias psicoativas cresceram rapidamente nos últimos anos no Brasil e atender às necessidades de saúde de pessoas com problemas relacionados ao uso e abuso de álcool e outras

drogas nesta velocidade, vem se tornando uma difícil tarefa dos órgãos públicos de saúde, principalmente, quando envolve crianças.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), (2013), o consumo de álcool e outras drogas no Brasil trouxe consequências negativas e se identifica como um problema prioritário para o setor da área da saúde. As bebidas alcoólicas e o tabaco atingem as primeiras posições entre as substâncias mais consumidas, enquanto maconha e crack apresentam percentuais mais baixos.

Pesquisas recentes feitas pelo II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), realizado em 2006 e 2012 no Brasil, revelam que 7% da população adulta já experimentou maconha na vida, representando oito milhões de pessoas. No último ano, 3% da população adulta fez uso frequente de drogas, o que equivale há mais de três milhões de pessoas. Este estudo revela que na adolescência, quase 600 mil adolescentes (4% da população) já usou maconha pelo menos uma vez na vida, enquanto o resultado de uso no último ano foi idêntico a dos adultos (3% equivalente a mais de 470 mil adolescentes). Apesar de um resultado muito próximo entre adultos e adolescentes no último ano, o estudo mostrou um aumento de usuários adolescentes quando se compara a proporção entre os anos 2006 e 2012. Outro dado revelado é que a idade inicial do uso de drogas ocorre pela primeira vez antes dos 18 anos de idade e em mais de 60% dos usuários fazem uso de maconha. A experimentação é um indicador importante, pois esta associada com o desenvolvimento de dependência e/ou o abuso de outras substâncias.

Segundo a pesquisa feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2012, no Brasil, 7,3% dos adolescentes já tiveram alguma experiência com as drogas e 86% dos estudantes com idades entre 13 e 15 anos.

Rezende (1997, p. 6) afirma, *“como as substâncias não correm atrás de ninguém, passamos a observar mais cuidadosamente os aspectos da personalidade dos pacientes”*. Este autor discorre que existem algumas personalidades que tendem a ser mais propensas ao consumo de drogas ilícitas como, pessoas imediatistas, impulsivas e com pouquíssima tolerância a frustrações. Portanto, os efeitos biopsicossociais que o uso de drogas causa na vida do sujeito, como graves falhas na capacidade de pensar e simbolizar no intermédio entre impulsos e as ações comportamentais, causam prejuízo no convívio social. Sendo assim, podemos levantar a hipótese de que o consumo de substâncias seja uma tentativa de prazer, satisfação, fuga ou distração.

A substância pode ser destacada como um dos fatores de uma tríade que inclui o indivíduo, sua relação familiar e as drogas e ao pensarmos nessa interação, podemos dizer que um fator se relaciona ao outro, além disso, há o fator da predisposição à repetição de conduta. Nem sempre a família reconhece seu papel diante um dependente químico e isso pode afastá-lo desse grupo e deixá-lo cada vez mais próximo das drogas, pela falta de reconhecimento da interligação.

A dependência é caracterizada pelos aspectos físicos e psicológicos que causam na vida do sujeito, e seus feitos são de âmbito psicopatológico, biológico e social, bem como as alterações no organismo evidenciadas quando o uso é interrompido, como um dos sinais de abstinência e a necessidade do uso periódico para obter prazer e bem-estar (Rezende, 1997).

A Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) agrupa diversos transtornos que se diferenciam de acordo com a gravidade variável e por sintomatologia diversa, mas que possuem em comum o fato de serem todos atribuídos ao uso de uma ou de várias substâncias psicoativas, prescritas ou não por um médico. O sofrimento para o usuário e para a família devido o uso das substâncias psicoativas é considerado um requisito para o diagnóstico de dependência química, além dos sintomas, sinais comportamentais e psicológicos. Laranjeiras (2013) em seu estudo no II LENAD aponta fatores de riscos que contribuem para o crescimento da população usuária de substâncias lícitas e ilícitas, como a saúde física da população, saúde mental, rede de suporte social, depressão e eventos recentes e violência que podem estar associados ao consumo em nível de dependência química.

Dependência Química Infantil

As pesquisas mencionam o uso de drogas presente na adolescência, no entanto, cada vez mais os clínicos tem se deparado com a dependência infantil. Estudos mostram que o primeiro contato com o álcool e drogas ocorre na adolescência, sendo nas últimas décadas este contato cada vez mais precoce, bem como o abuso e dependência dessas substâncias, segundo Bessa, Boarati & Scivoletto (2011).

O início da adolescência (12 anos) coincide com a fase da experimentação e é característico dessa fase comportamentos e atitudes que visam o conhecimento do mundo que se apresenta ao indivíduo em formação, A principal função da adolescência é a construção da própria identidade, imagem corporal e papel social

(Bessa, Boarati & Scivoletto, 2011). Portanto, este período na vida do jovem é delicado devido à presença de incertezas e inseguranças e há escolhas a serem feitas. Diante essas questões, o adolescente precisar ser orientado pelos pais, estimulado positivamente e amparado como nos primeiros anos de vida, pois o seu envolvimento social é ampliado, portanto os riscos e vulnerabilidade do adolescente aumentam.

A Família do Dependente Químico.

Segundo Rezende (1997) existe um padrão no histórico familiar que contribui para o uso de substâncias psicoativas, como ausência paterna, caracterizada pela permissividade da genitora ou autoritarismo da mesma que faz com que o pai se afaste também do seu filho. Já Paz & Colossi (2013) caracterizam o alcoolismo de um dos pais, transmissão genética familiar, separação dos pais, estrutura e relação afetiva familiar, dificuldade de comunicação como uns dos aspectos como causa do abuso de substâncias.

Esta visão não tem como objetivo culpabilizar os pais, mas vem propor um caminho diferente, enxergar aquilo que está por trás da dependência, como ela se instalou naquela família, qual é a dinâmica familiar e o contexto que o dependente está inserido. Segundo Minuchin & Fishman (1990) a dinâmica familiar é composta de subsistemas e fronteiras que regem o funcionamento da família, há uma hierarquia e a interação depende de como os membros se dispõem em relação ao outro, assim numa relação não há como olhar apenas para um só indivíduo, mas sim a quem participa daquele relacionamento e está no convívio. Referente às fronteiras encontradas nas relações familiares, o autor diz que equivalem às barreiras que regulam o contato de cada membro que compõem uma família, barreiras que resultam em relações cada vez mais distanciadas e podem ser patológicas já que são rígidas e difusas para a relação.

Assim, o conflito se instala justamente com a adolescência, quando o adolescente destoa da órbita familiar e vai à busca do desconhecido, pois não há espaço para a exploração e experimentação naquele sistema. Portanto, a adolescência por si só já traz para o sistema familiar uma peça que pode não se encaixar na dinâmica familiar e quando combinada com abuso de substâncias ilícitas é possível que resulte numa quebra no vínculo entre pais e filhos, onde a busca pelo prazer é vista

como afronta e desobediência, reforçando assim ainda mais esse comportamento que pode estar relacionado à busca da autonomia e independência.

Segundo Paz & Colossi (2013), o consumo de drogas está relacionado à aquisição da autonomia do adolescente diante do sistema familiar, no qual o autor compara com a tentativa de separação e individuação. Os autores apresentam a ideia do surgimento de alguns sintomas de comportamento devido à estrutura familiar não conseguir a adaptação a mudanças e assim a individuação do adolescente acaba sendo um grande sofrimento para a família. Contudo, o conflito familiar surge com a tentativa de separação do adolescente daquela dinâmica familiar, pois normalmente os pais tem dificuldade em lidar com a situação.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVO

O objetivo da pesquisa foi investigar como a expressão lúdica é um facilitador para a compreensão da problemática infantil relacionada ao uso de drogas. Além disso, o objetivo é estabelecer uma relação da expressão infantil na psicoterapia com a dinâmica familiar do mesmo.

MÉTODO

O método empregado foi o clínico qualitativo, baseado em estudo de caso. O atendimento foi clínico realizado em uma clínica escola na disciplina de Estágio em Psicanálise Infantil. Foi realizado o Processo Psicodiagnóstico e Psicoterapia Breve Infantil em pacientes que procuram ajuda, comumente encaminhados por escolas ou centros de saúde.

Participantes:

Participaram desse estudo duas pessoas que procuraram o atendimento psicológico na clínica escola, a mãe e o filho encaminhados pela escola. Com o objetivo de assegurar a anonimato dos participantes e manter o sigilo do caso, serão identificados com nomes fictícios, Caio (a criança) e Sra. Antônio (a genitora). Foi assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo explicado que os dados do atendimento poderiam ser utilizados em trabalho científicos.

Sra. Antônio: Uma mulher de 47 anos, tinha 04 filhos e dois netos e reside com os mesmos. É separada e estava desempregada no momento do atendimento.

Caio: Pré-adolescente de 12 anos, com problemas de comportamento, deixou a escola e há evidências de uso de drogas desde 09 anos.

RELATO DO CASO – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO

Os atendimentos foram realizados em uma Clínica Escola, espaço disponibilizado aos alunos para atendimento a pacientes, supervisionados por um supervisor. Os atendimentos foram realizados semanalmente num total de 16 encontros. Inicialmente, foram realizadas entrevistas de anamnese com a mãe. Com a criança, além da técnica ludodiagnóstica (Affonso, 2012), foi aplicado o teste intelectual WISC-IV, compondo o atendimento do processo de psicodiagnóstico.

Após a entrevista devolutiva à genitora, concluindo o psicodiagnóstico, foi dado início à Psicoterapia Breve Infantil, segundo a abordagem psicanalítica onde a criança foi atendida com o uso de sessões lúdicas. Neste trabalho são apresentados trechos do ludodiagnóstico e das sessões psicoterapêuticas analisadas segundo Affonso, 2012, estabelecendo um paralelo com a dinâmica familiar do cliente. Também são apresentados alguns trechos do atendimento realizado com a mãe para a discussão da dinâmica familiar.

Síntese do Psicodiagnóstico

O motivo da busca pelo atendimento, segundo senhora Antônia, foi o mau comportamento do filho e a desistência dos estudos com a suspeita do uso de drogas. A mãe do paciente relatou que percebeu alteração no comportamento do filho quando ele tinha nove anos de idade. Menciona que foi chamada na escola várias vezes e que o filho estava mentindo para ela sobre sua frequência escolar. O paciente chegava sempre à noite em casa, passando a maior parte do tempo na rua. Sra. Antônia atribui a mudança do comportamento a novas amizades que o filho fez nesse período, o que coincide a retirada da chupeta (aos 9 anos) e a sua ausência de casa, pois permanecia nos finais de semana em bares, com excessivo consumo de bebida alcoólica. Já era separada do pai de Caio há uns dois anos. O paciente passou a apresentar agressividade aos 11 anos com seus familiares e houve suspeita de pequenos furtos em sua casa e na casa do pai, que frequentava eventualmente. O paciente mora com a mãe, os irmãos (23, 18 e 17 anos) e os

sobrinhos. Seus pais são separados e há pouco convívio com o pai, que possui episódios de depressão e etilismo, com histórico de internações. O genitor não contribui na educação do filho. A genitora relata que também passou a beber após a gestação e quando Caio nasceu o levava para os bares. A avó materna do paciente apresentava um histórico de etilismo e chegou a perder a guarda de seus filhos e Sra. Antônio viveu em um abrigo durante 04 anos. O irmão mais velho do paciente (23 anos) também passou a apresentar episódios de etilismo e agressividade. Segundo a genitora, o paciente é fruto de um relacionamento com um homem mais novo, na época o pai tinha 19 anos e era amigo do ex-marido dela.

A gravidez foi desejada pela genitora e planejada aos 35 anos, porém, a notícia não foi recebida de forma positiva pelo pai, avós paternos e irmãos do paciente, que sugeriram o aborto ou teste de DNA; pela desconfiança que apresentavam. Sra. Antônio manteve a gravidez, mesmo com rejeição e falta de apoio de todos que lhe eram próximos, porém, após o nascimento do filho, se dizia envergonhada e dessa forma, racionaliza o fato de ter iniciado o uso de álcool. A mãe do paciente sempre trabalhou e a educação de Caio ficou aos cuidados de sua irmã mais velha, que possui filhos da mesma idade. No início dos atendimentos a genitora estava desempregada, apresentava dificuldades de exercer seu papel de mãe e autoridade com o paciente.

Durante a anamnese foi necessário uma intervenção junto à mãe do paciente sobre seu comportamento passivo diante da educação do filho, bem como a importância de buscar rede de apoio em projetos sociais para a questão escolar do mesmo, no qual ela conseguiu uma vaga com a ajuda do Conselho tutelar. Tal intervenção mostrou resultados positivos para o processo, o paciente passou a respeitá-la como figura de autoridade, começou a passar maior tempo em casa, pois antes ficava nas ruas do seu bairro, não fugiu mais de sua mãe e demonstrou melhora na questão afetiva. Portanto, houve uma melhora significativa nas queixas iniciais apresentadas, devido ao envolvimento da genitora com o processo.

Foi aplicado o teste WISC IV ; e o resultado abaixo do esperado e evidenciou que além dos aspectos emocionais constatados, o paciente possuía prejuízo cognitivo significativo (inferior à média) que podia estar contribuindo para o seu desinteresse escolar. As possíveis dificuldades em acompanhar os demais alunos também contribuíam a desistir da área acadêmica, necessitando também de um acompanhamento pedagógico. No entanto, sua indiferença pelos estudos e

desapego denotava um abandono que implicava de modo negativo em seu desenvolvimento intelectual.

Trechos de sessões do Ludodiagnóstico

A seguir são inseridos trechos de algumas sessões que evidenciam o comportamento do paciente, sua fragilidade na capacidade simbólica, dificuldade de controlar seus impulsos em relação às regras e de se relacionar com o meio externo, tendo como saída a fantasia, que era proporcionado pelo uso de drogas.

Relato:

.....Estagiária: Você gostaria de desenhar?

Paciente: Sim.

Rapidamente pega uma folha e começa a desenhar uma casa utilizando o giz de cera laranja.

Estagiária: Me conte uma história sobre esse desenho.

O paciente fica em silêncio e não me olha.

Estagiária: Quem mora nesta casa?

Paciente: Eu e minha mãe.

Estagiária: Você e sua mãe?

Paciente: E meus irmãos.

Observo que o paciente vai pegando os gizes de uma forma organizada, retira um, utiliza e guarda no mesmo lugar, e então retira o outro.

Estagiária: E o que vocês fazem nesta casa?

Paciente: Ah!, meus irmãos trabalham. Fica eu e minha mãe.

O paciente me responde, mas não

Análise:

Nesta sessão foi possível observar que há indícios de que o paciente apresenta um vínculo e uma relação de dependência com a mãe, ao desenhar os dois de mãos dadas ratificando uma relação simbiótica onde não há discriminação.(no desenho ambos são iguais). O fato de não ter desenhado a linha do chão demonstra a falta de apoio ou de vínculo com a realidade.

A transparência no desenho denota a ausência de limites e a casa sem porta, a dificuldade do contato com o mundo externo e de se relacionar com o ambiente.

Além disso, há evidências de uma cisão devido a janela da casa estar dividida.

Ao observarmos o telhado, verificamos que há uma desorganização em seus pensamentos e uma dificuldade de simbolização, visto que o paciente também não conseguiu elaborar uma história com início, meio e fim.

A sensação proporcionada pelo uso de drogas pode ser a fuga devido a dificuldade de lidar com sua realidade

me olha e continua desenhando.

e suas relações familiares comprometidas.

Quando termina me entrega a folha e não diz nada.

Estagiária: Quem são essas duas pessoas aqui?

Paciente: Eu e minha mãe.

Estagiária: E o que ela está fazendo?

Paciente: Segurando minha mão.

Trecho da sessão 2: *Relação de Dependência Materna*

Trecho da sessão 6: *Após retomar à escola*

Relato:

Análise:

Estagiária: Está difícil na escola C.?

Paciente: Tá sim.

Estagiária: Por que será que está difícil?

Neste momento, C. pega dois burros e diz:

Paciente: Olha, dois burros.

Estagiária: Você não está conseguindo entender o que a professora explica?

Paciente: Entendo, mas tenho que aprender mais.

Estagiária: E o que podemos fazer para você aprender mais?

Paciente: Olha, tem mais dois burros aqui.

Estagiária: Verifica-se que os burrinhos tem as pernas tortas, caem e ele ri.

Estagiária: Sim. Você consegue

prestar atenção no que a professora

Nesta sessão, foi possível observar a autoestima rebaixada por meio do manuseio dos animais e a escolha dos burros e a sua passividade em relação às coisas que não estão corretas. Há evidências de que ele não se sente capaz de mudar a situação e reage com a agressividade quando é sinalizado de suas falhas.

O uso de droga pode ser relacionado a dificuldade em lidar com a frustração escolar.

Além disso, C. cria personagens com conteúdo de desvalorização e fragilidade, ao utilizar a massa de modelar e fazer um boneco cômico que tem as pernas quebradas e cai. Finaliza a sessão criando uma pizza, mostrando que a saída para sua desvalorização é o alimento, evidenciando uma regressão.

diz ou fica pensando em outras coisas?

Paciente: Eu presto atenção.

Estagiária: Então, vamos pensar, por que está tão difícil.

Paciente: Tenho que aprender mais.

Estagiária: Na semana que vem você pode trazer os seus cadernos e podemos olhar juntos, o que você acha?

Paciente: Ahh tá bom, vou trazer.....Vou fazer uma pizza

Trecho da sessão 10: *A Problemática no Ambiente Escolar*

Relato:

Análise:

Estagiária: Como você está C.?

Paciente: Nada bem.

Estagiária: O que aconteceu?

Paciente: Não fui pra escola nenhum dia essa semana, peguei uma suspensão.

Estagiária: E qual foi o motivo da suspensão?

Paciente: Ah!, O moleque veio me bater, aí eu não ia apanhar né, bati nele.

Estagiária: E por que ele veio te bater?

Paciente: Ele defendeu a menina. Eu tava brincando com ela e ele se doeu.

Estagiária: Como era essa brincadeira?

Paciente: Ahh, tava brincando ué.

Estagiária: Mas ela estava gostando da brincadeira? O que você estava fazendo?

Paciente: Eu peguei o batom dela e sai correndo.

Estagiária: Entendi, e o que você iria fazer

Nesta sessão, Caio retirou de colegas de sua escola uma bolsa e um batom, objetos fálcos, e fez isso de forma violenta, evidenciando o desejo de brincar de tirar o poder do outro. Um desejo de interagir com o sexo oposto mas que é feito de maneira em que fica evidente a dificuldade em lidar com seus impulsos. Ao relatar o fato, cita que foi uma brincadeira, pois há uma necessidade de relacionar a fantasia idealizada com a ação violenta, assim como reage às frustrações fazendo uso de maconha.

com o batom?

Paciente: Ahh era só pra deixar ela brava (risos).

Estagiária: E ela ficou brava?

Paciente: Ficou, mas era brincadeira.

Estagiária: E quando o menino veio te bater, você não disse a ele que era uma brincadeira?

Paciente: Não, ele já chegou me batendo, aí eu bati nele e levei suspensão. Ele também levou.

Estagiária: C. fiquei pensando sobre o futebol, o professor não tira os alunos que jogam mal do time, ele os ensina a jogar bem. Aconteceu alguma coisa lá que fez o prof. te tirar do time?

Paciente: Eu briguei com um menino lá. Ele veio me bater.

Estagiária: Ah sim, ele veio te bater?

Paciente: É, e eu bati nele.

Estagiária: E por qual motivo ele veio te bater?

Paciente: Eu peguei a bolsa da menina e sai correndo.....

Trecho sessão 13: *Vivência de Ações Perigosas e Autodestrutivas*

Relato:

.....o paciente pega a pasta com os materiais gráficos. Retira os lápis, giz, o desenho que fez na semana passada, olha para ele, dobra e guarda na pasta. Pega uma folha de sulfite e retira todas as tintas da caixinha. Coloca a pasta sobre o seu colo e a começa a desenhar com o pincel. **Estagiária:** O que pode ser isto C.?

Paciente: É uma mão sem dedo.

Estagiária: Me conta sobre essa mão. Por

Análise:

Nesta sessão, verificamos que há evidências de que o comportamento do paciente é resultado de conflitos familiares e a dificuldade de simbolizar, de elaborar uma história com início, meio e fim e isso pode ter ocasionado sua desmotivação escolar. Concluimos o quanto o paciente necessita de estimulação ou de apoio

que ela está sem dedo?

Paciente: Por que estourou uma bomba na mão.

Estagiária: Como assim? Me conte a história.

Paciente: Ah!..ele foi soltar a bomba e explodiu na mão dele.

Estagiária: E quando foi isso?

Paciente: No Natal.

Estagiária: Quem era ele?

Paciente:: Um menino.

Estagiária: E como ele se sentiu?

Paciente:: Chorou, por que ficou sem os dedos.

Estagiária: E o que mais C.?

Paciente: Só isso. Já inventei a história (risos).

pedagógico, na medida que isto pode estar relacionado com a sua dificuldade escolar..

A criação de um desenho onde havia uma mão sem dedos devido à explosão de uma bomba, caracteriza um movimento de autodestruição, além de um sentimento de impotência. Ao ser questionado do local do ocorrido, cita um evento familiar, o Natal.

Para Winnicott (1994) o indivíduo tende a representar ele próprio o papel destrutivo com o intuito de expulsar para fora esses conteúdos cruéis e assim provocar o controle por uma autoridade externa.

Em C. observa-se uma dificuldade em tolerar frustrações, porém, como toda criança, tende a repetir o comportamento dos pais, a agressão é a forma aprendida por ele como maneira de resolver problemas, certo que ele não consegue resolver de fato.

Trechos do Atendimento de Pais e a Dependência Química

Foi possível observar que há indícios de que o paciente apresenta um vínculo e uma relação simbiótica com a mãe, a mãe diz: *meus filhos todos dormiram comigo e ninguém reclamou*, “*ele é só uma criança*”. Uma simbiose promovida pela genitora que pode ser resultante de suas próprias carências afetivas.

A mãe verbaliza que o nascimento de Caio foi um momento difícil para ela, “*eu passei a beber e fumar, foi difícil pra mim, a família do pai dele desconfiava que ele não era o pai, meus filhos não aceitaram porque o pai dele era mais novo que eu*”. O que pode ter configurado a dificuldade da genitora em assumir suas funções maternas desde o nascimento do paciente até os dias atuais. Diante dos conflitos familiares e distanciamento do parceiro amoroso, ocorreu uma rejeição por parte

de Sra. Antônio de suas funções maternas que denotou em um abandono do paciente e uma negligência educativa.

Na orientação de pais, foram focalizadas questões relacionadas a monitoramento de Caio, vigilância, aproximação dele, como forma de recuperar suas funções maternas. A genitora se mostrou passiva em suas atitudes e com dificuldades de aceitar seus filhos doentes, uma vez que ela não sabe lidar com a culpa e sempre projeta no outro suas incapacidades, *“já falei pra ele, conversar não adianta, no caso dele eu queria que ele fosse internado para se desintoxicar”* ela verbaliza em diversas sessões. Verificamos que a agressividade está na raiz dessa família e este comportamento é adotado por todos os membros como forma de solucionar os problemas identificados, porém, com essas atitudes os problemas são apenas deixados de lado, a genitora se mantém passiva e negligente dos cuidados maternos do paciente e sua conduta é evitar, livrar-se das dificuldades que ela não consegue lidar.

Em uma das sessões, ficou evidente a resistência de Caio diante de imposições de regras e uma intolerância a frustração, o que pode estar relacionado com a função educativa que antes era conduzida pela irmã e, *“realmente minha filha sempre cuidou dele como pode, ... só agora que eu estou em casa..., ele fica mais na rua do que em casa”*, diz a genitora que revela a dificuldade de exercer a autoridade.

Pode-se identificar o ambiente conturbado vivido por Caio quando Sra. Antônio verbaliza, *“...ele confessou que está usando drogas, falou que usa desde os nove anos, ...não está nada fácil ele está roubando as coisas lá em casa..., meus filhos entram no meio e querem bater nele, meu filho do meio também só chega em casa bêbado e foi justo a namorada dele que o Caio roubou”*, assim como a inversão de papéis e atitudes agressivas, o que pode ter configurado o mau comportamento do paciente e falta de obediência, incluindo a agressividade aprendida por seus familiares como tentativa insuficiente de resolver os problema. Quando questionada sobre sua passividade ou a forma punitiva como meio de educar o paciente, Sra. Antônio dizia, *“sempre fui assim com meus filhos e eles nunca me deram problema como o Caio, eu aprendi assim”*, ou seja, sua postura impulsiva contribuía para a regressão do paciente.

O paciente foi abandonado pelos seus pais ainda muito novo, um pai ausente de suas funções paternas e uma mãe que estava passando por um momento difícil, com gestação marcada pelo término da relação amorosa e conflito familiar. A mãe diz: *“acho que comecei a beber quando o Caio tinha 2 anos ou menos, você*

lembra né que te contei que comecei a beber e fumar por causa das coisas que aconteceram, fiquei revoltada..., eu era agressiva com meus filhos, não ligava pra ninguém, eu acho que a minha parte eu estava fazendo que era colocar comida em casa, na semana trabalhava e no final de semana fica em bares, quando eu chegava em casa queria quebrar tudo”.

O paciente possui familiares de primeiro e segundo grau com transtornos psicológicos e um forte número de parentes envolvidos com drogas e consumo abusivo de álcool. Sra. Antônio descreve violência de um dos seus filhos mais velhos com o paciente e demonstra uma passividade em suas ações, *“ele deu um muro no Caio..., porque ele estava bêbado, olha não é fácil”* Quando questionada sobre sua atitude em relação ao Caio e ao filho que o bateu, Sra. Antônio diz, *“...coloquei gelo no olho dele, quando ao meu filho que bateu eu conversei com ele no dia seguinte, quando ele estava sem álcool na cabeça, falei com ele numa boa”*. O processo foi interrompido pela mãe do paciente, com a alegação de que a sua prioridade seria a questões financeiras e, portanto, ela deixaria a psicoterapia para trabalhar. Durante as sessões percebemos que há uma tendência à desistência de suas funções maternas e uma projeção das suas responsabilidades educativas, que novamente serão transferidas a irmã mais velha do paciente, isso é ressaltado na verbalização da genitora, que expõe que dedicou dez meses de terapia para o paciente, demonstrando que ela não atingiu o resultado esperando que era interna- lo, não reconhecendo o retorno aos estudos e o espaço fornecido para a expressão dos conflitos de Caio.

Segundo Winnicott (1994), a função do ambiente no momento inicial de dependência absoluta é a adaptação sensível e total às necessidades do bebê. Além do conflito interno infantil existe um fator ambiental que contribuí para o comportamento delinquente da criança, portanto, vale ressaltar a importância de um ambiente seguro e estável na infância. Observa-se que Caio foi abandonado pelos seus familiares desde seu nascimento, sendo um ambiente que o rejeitava e lhe atribuía todos os problemas e conflitos familiares. Nos primeiros anos de vida da criança, o ego da criança, que está fragilizado, deve ser amparado pelo ego materno que o fortalece, uma vez que a mãe sustenta na dependência absoluta, o que não observamos no desenvolvimento do estudo de caso apresentado, ou seja, desde os primeiros anos de sua vida identificamos dificuldades de uma continência materna.

Ainda, segundo Winnicott (1983) o indivíduo cria o mundo a partir de seu mundo interno, com isso tem condições para emergir o verdadeiro self como uma forma autêntica de ser, experimentar e estar no mundo e as bases da saúde mental de qualquer indivíduo são moldadas na primeira infância através do meio ambiente fornecido pela mãe. Pode-se dizer que sem esta base ou uma base conturbada, ou seja, é neste cenário que Caio se desenvolve, passando a rejeitar aqueles que um dia o rejeitaram, sendo uma forma de abandonar esta família que não o aceitou inicialmente. Seu envolvimento com o uso de drogas pode ser uma tentativa de fugir desta realidade difícil e/ou uma forma de fantasiar uma nova concepção de família ou de holding.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio das análises dos trechos lúdicos, observa-se que o ambiente familiar, além de insatisfatório para o desenvolvimento de Caio, não permitiu, até o momento, o seu amadurecimento. Ele é desvalorizado pelos seus familiares e a criança repete o comportamento aprendido sendo agressivo e impulsivo em suas ações e quando frustrado ou confrontado não reconhece suas limitações, permanecendo estacionado na posição Esquizo-Paranoide, como postula Klein, não conseguindo prosseguir, reparar e construir possibilidades de enfrentamento de seus conflitos. Portanto, essas análises desse estudo de caso de uso de drogas na infância refletem a compreensão de que o atendimento infantil familiar ou do ambiente infantil deve estar presente nas intervenções clínicas ou ser condição para a psicoterapêutica do mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Affonso, L. M. R. et al. (2012). *Ludodiagnóstico – Investigação clínica através do brinquedo*. Porto Alegre: Artmed.

Bessa M. A & Boarati M. A. & Scivoletto, S. (2011). Crianças e Adolescentes. In Diehl A, Cordeiro DC & Laranjeira R. *Dependência Química: Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas* (pp. 359-374). Porto Alegre: Editora ARTMED.

Classificação Estatística Internacional De Doenças (CID). F10-F19 Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa, Vol. 3 de, http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/f10_f19.htm.

Instituto Nacional De Políticas Públicas Do Álcool e Drogas (INPAD), (2014) II LENAD Levantamento Nacional Álcool e Drogas, resultados parciais, <http://inpad.org.br/lenad/resultados/maconha/resultados-preliminares/>.

Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística (IBGE) (2012) *Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar*, <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv64436.pdf>.

Laranjeira R. et al. (2013) II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas-Consumo de Álcool no Brasil: Tendências entre 2006/2012. São Paulo: Inpad.

Klein, M.(1997) *Psicanálise de Crianças*. Rio de Janeiro: Editora Imago

Klein, M. (1996) Tendências Criminosas em Crianças Normais. In M. Klein. *Amor, Culpa e Reparação e Outros Trabalhos 1921-1945*. São Paulo: Editora: Imago.

Minuchin, S., & Fishman, C. (1990) Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas.

Organização Mundial De Saúde (OMS) (2013) *Fase da vida? Faixa etária? Construção social? Afinal, o que é Adolescência?*. <http://www.adolescencia.org.br/site-pt-br/adolescencia>.

Organização Pan-americana de Saúde.(2013) *Temas de Saúde, Drogas: Nota Técnica da OPAS/OMS no Brasil sobre internação involuntária e compulsória de pessoas que usam drogas*.

Paz & Colossi *Aspectos da dinâmica da família com dependência química*. (2013), <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n4/a02v18n4.pdf>.

Rezende, M. M. *Curto-Circuito Familiar e Drogas- Análises de relações familiares e suas implicações na farmacodependência*. Taubaté, Cabral Editora Universitária, 1997.

Winnicott, D. W. (1975) *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.

Winnicott, D. W. (1983) *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artmed.

Winnicott, D. W. (1994) *Privação e Delinquência*. Tradução: Álvaro Cabral, Revisão: Monica Stahel. (2º ed.). São Paulo: Martins Fontes.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLANTAÇÃO DO MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL EM JUNDIAÍ – SP¹⁰⁶

Giovana Telles Jafelice¹⁰⁷

Camila Ávila de Lima¹⁰⁸

Adriana Carvalho Pinto¹⁰⁹

RESUMO

Novas estratégias de cuidado em saúde mental são imprescindíveis para a continuidade da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que sinaliza para a potência dos serviços de base territorial neste tipo de atenção. O Matriciamento se mostra uma importante ferramenta para a ampliação da participação da comunidade e inclusão das pessoas com transtornos mentais em mais espaços sociais. Neste artigo, problematiza-se a implantação sistemática do Matriciamento em Saúde Mental no município de Jundiaí – SP, a partir da experiência dos trabalhadores do CAPS Adulto III - Sem fronteiras. Observaram-se dificuldades de apropriação da temática de saúde mental e respectivo cuidado às pessoas em sofrimento na Atenção Básica pelo contexto do município, que atravessa mudança de paradigma de atenção, e pela rede comunitária ainda em construção, com a incipiência dos NASF e ESF na cidade. Destacam-se como avanços, especialmente nas unidades estruturadas como ESF, a introdução de ações assertivas de cuidado em saúde mental, potencializando o território como estratégia de cuidado e maior integração entre a Atenção Básica e a Saúde Mental. Fica também o reconhecimento de que se trata de uma política pública em construção, que busca ofertar cuidados em saúde mental que respeitem os diferentes modos de existir e estar no mundo.

Palavras- chaves: Saúde Mental na Atenção Básica; Matriciamento; Política de Saúde, Jundiaí, Reforma Psiquiátrica.

TEMA: Matriciamento em Saúde Mental

¹⁰⁶ Trabalho premiado pela Comissão Científica – na sessão de Poster da 14ª Jornada APOIAR

¹⁰⁷ Psicóloga. Especialista em Saúde Mental pela Residência Multiprofissional da UNIFESP. Mestranda em Ciências da Saúde pela UNIFESP.

¹⁰⁸ Assistente social. Mestre em Serviço Social pela PUC – SP.

¹⁰⁹ Psicóloga. Especialista em Psicologia Clínica Hospitalar pelo HCFMUSP.

INTRODUÇÃO

De acordo com o Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental (Chiaverini, 2011), Matriciamento ou apoio matricial é “um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (p. 13). Esta modalidade dialoga com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que preconiza o Paradigma da Produção Social de Saúde e a Atenção Psicossocial (Amarante, 2007).

Estas novas formas de atenção sugerem cuidados territoriais e interdisciplinares aos portadores de transtorno mental, com a desinstitucionalização dos usuários e a valorização de atividades de promoção de saúde (Nunes, Jucá & Valentim, 2007). De acordo com Nunes, Jucá e Valentim (2007), desde as décadas de 70 e 80, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu a relevância dos problemas em saúde mental e as dificuldades de a atenção ser de responsabilidade apenas de especialistas. Neste sentido, foram orientadas a descentralização dos serviços, os cuidados em hospitais gerais quando necessários, a integração com serviços não especializados e a ampliação da participação da comunidade e inclusão em espaços sociais (Bezerra & Dimenstein, 2008).

Em 2011, por meio da Portaria 3.088 (Portaria 3.088/11), foi estabelecida no Brasil a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que sistematiza os cuidados em Saúde Mental de base territorial e comunitária no país, e tem como um de seus objetivos “garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território”. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) sejam tradicionais, mistas ou de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pertencem, junto com outros equipamentos, ao componente da Atenção Básica e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) assumem lugar estratégico no cuidado aos usuários na organização da rede de serviços substitutivos.

Para que estes novos paradigmas de cuidado possam se dar, a Saúde Mental e a Atenção Básica devem estar integradas e o Matriciamento vem sendo um dos orientadores deste processo. Idealizada por Campos (1999), esta ferramenta se baseia no cuidado colaborativo entre os equipamentos, a fim de que se dê uma nova lógica, em oposição à de encaminhamento, referência e contrareferência (Chiaverini, 2011), que funciona de modo protocolar e hierarquizado entre as equipes. A fim de propor também maior potência nesta integração, o Matriciamento sugere uma forma de operar com horizontalidade das ações e estruturação de dois personagens principais, a equipe de referência e a equipe de apoio matricial. No contexto do Sistema Único de Saúde

(SUS), as equipes das ESF/ UBS se estabelecem como equipes de referência interdisciplinares, trabalhando a partir da responsabilidade sanitária e do cuidado longitudinal, que coexistem com a atenção especializada. No caso do Matriciamento em Saúde Mental, a equipe de apoio matricial é a equipe de saúde mental (Chiaverini, 2011).

De acordo com Bezerra e Dimenstein (2008), o Apoio Matricial busca garantir retaguarda especializada e co- responsabilização entre as equipes, bem como possibilidades terapêuticas ampliadas aos usuários e conhecimento das demandas de saúde mental do território. Campos e Domitti (2007) consideram esta ferramenta um regulador de fluxo, favorecendo a problematização sobre quais usuários precisam de cuidados no CAPS ou podem ser acolhidas na própria ESF e NASF. A partir do Guia de Matriciamento (Chiaverini, 2011), tem- se também que o Matriciamento proporciona vínculos interpessoais e a construção coletiva de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), sendo potente transformador da realidade de equipes e comunidades.

O Matriciamento se insere também nas lógicas da Clínica Ampliada (Campos & Domitti, 2007) e da interdisciplinaridade, preconizadas pela Atenção Psicossocial como elementos do cuidado, já que se aproximam do usuário em sofrimento em diversos aspectos de sua vida. Para isto, são necessárias práticas profissionais criativas e solidárias, que possam transitar pela complexidade de conhecimentos e dimensões, o que permite a formação de vínculos (Tavares, 2005) e a integralidade da atenção.

Em Jundiaí, a experiência de Matriciamento em Saúde Mental na rede de Atenção Básica teve início de forma sistematizada em junho de 2015. Este município tem aproximadamente 400.000 habitantes e se localiza a 57 km da capital paulista. Em 1968, seguindo o modelo de “tratamento” em Saúde Mental até então ofertado no Brasil, a cidade de Jundiaí inaugurou seu primeiro Hospital Psiquiátrico, o Instituto de Psiquiatria e Higiene Mental de Jundiaí, popularmente reconhecido como Hospital do Tamoio, localizado no bairro Jardim Tamoio, fechado em 1990. A história deste local foi marcada como território de marginalização, já que sua estrutura abandonada foi invadida em 1996 por uma população militante “sem teto” que permaneceu ali até o ano de 2013, sem condições mínimas de dignidade. Neste ano, finalmente, a área foi demolida e em seu entorno as famílias foram incluídas em um projeto habitacional.

Para além deste antigo hospital, foram marcantes, enquanto estrutura manicomial de Jundiaí, a presença de Hospitais Psiquiátricos em municípios limítrofes, como o “Hospital Psiquiátrico de Várzea Paulista” (1971 – 2001) e o “Hospital Psiquiátrico do Juqueri”, em Franco da Rocha, um dos mais antigos (em funcionamento

desde 1898) e maiores manicômios do Brasil, chegando a ter mais de 14 mil pessoas internadas nos anos de 1950. Com a militância de alguns trabalhadores da Saúde Mental, Jundiaí inaugurou seu primeiro CAPS no ano de 2000, que se tornou CAPS III, com funcionamento 24 horas, em 2002. No decorrer do processo de Reforma Psiquiátrica e das portarias subsequentes, a cidade foi estruturando sua rede de atenção em Saúde Mental, composta atualmente por este CAPS Adulto III – com o nome de “Sem Fronteiras” –, um CAPS Álcool e Drogas III, um CAPS infanto-juvenil, um Ambulatório de Saúde Mental em transição de transformar-se em um novo CAPS Adulto III, Atenção em Emergência Psiquiátrica e Enfermaria de Saúde Mental no Hospital Geral (Hospital São Vicente de Paula) e alguns componentes da Atenção Básica: UBSs, NASFs, Consultório na Rua e Centro de Convivência e Cooperativa (CECCO).

A Atenção Básica do município é composta por 37 UBSs, sendo 18 na modalidade tradicional, 5 na de ESF, uma mista (com ambos os funcionamentos) e 13 pertencentes ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O CAPS Adulto III é referência de cuidados em Saúde Mental para 18 UBSs, sendo 7 tradicionais, 6 com PACS, 4 ESFs e uma mista. Estes serviços são divididos em quatro regionais de saúde, tendo uma equipe de NASF para cada regional. Vale a pena ressaltar que estas equipes são responsáveis pelo apoio de todas as UBS do município, inclusive das que funcionam como UBS tradicionais, o que difere do que ocorre em outros municípios.

OBJETIVO

Problematizar o processo de implantação sistemática do Matriciamento em Saúde Mental no município de Jundiaí – SP a partir da experiência dos trabalhadores do CAPS Adulto III - Sem fronteiras.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

O Matriciamento em Saúde Mental foi implantado de forma sistemática em Jundiaí em junho de 2015, no contexto de reestruturação dos serviços de saúde, incluindo os serviços de Saúde Mental, e maior aproximação com as políticas públicas do SUS, como a RAPS. Neste cenário, se destaca a transição, ainda em curso, do

Ambulatório de Saúde Mental – com modelo tradicional de assistência a partir das especialidades - para um novo CAPS Adulto III, o que gerou grande demanda de assistência em saúde mental à Atenção Básica e a necessidade de aproximação dos novos paradigmas de cuidado.

O Matriciamento se organiza neste município a partir de reuniões mensais com duas horas de duração em cada UBS. No CAPS Adulto III, a equipe de apoio matricial é previamente estabelecida por Unidade, de modo que haja constância dos profissionais que acompanham cada equipe de referência. As equipes matriciadoras são compostas, na maioria das vezes, por uma dupla de profissionais, sendo um componente da equipe multiprofissional, que comparece em todos os encontros, e um médico psiquiatra, com frequência bimestral. Além dos profissionais deste CAPS, também compõem as equipes matriciadoras alguns membros dos demais CAPS do município e dos NASFs. Uma vez por mês, são realizadas reuniões das equipes de apoio matricial com membros da Coordenação de Saúde Mental, a fim de problematizar os desafios e potencialidades deste processo. Nos dias de Matriciamento, as UBS são orientadas a suspender os atendimentos ao público, a fim de que toda a equipe possa estar presente, cabendo a cada unidade a decisão final sobre isto.

Até o momento, vem sendo possível às trabalhadoras do CAPS III Adulto vivenciar alguns avanços e desafios neste processo. Considera-se importante a problematização desta experiência no sentido de poder compartilhar e dela se apropriar, ampliando sua potência. Como ganhos dos espaços de Apoio Matricial, destacam – se, em algumas UBS, a maior integração entre Atenção Básica e Saúde Mental; a regulação do fluxo de cuidado em saúde mental, resignificando alguns encaminhamentos ao CAPS; a oferta de cuidados ampliados aos usuários; a apropriação pelos trabalhadores da Atenção Básica das diretrizes norteadoras do processo de Reforma Psiquiátrica Brasileira; a potencialização de ações conjuntas de cuidado em saúde a usuários graves, que antes ficavam restritos à atenção no CAPS, e a maior aproximação dos trabalhadores dos CAPS às condições de trabalho das equipes da Atenção Básica

Dentre os desafios vivenciados, observa-se a resistência de algumas UBS (seja da equipe ou da gestão) à participação efetiva neste processo; os relatos de profissionais da Atenção Básica de que se sentem pouco apropriados dos cuidados em saúde mental; a necessidade de ampliação e potencialização do próprio Matriciamento;

a prevalência de discussões de cuidados medicamentosos; e as demandas para que as equipes matriciadoras assumam diversas funções diante das equipes de referência (por exemplo: supervisores institucionais, interlocutores).

DISCUSSÃO

A fim de problematizar como o Matriciamento vem se dando em Jundiaí, faz-se necessário compreender o contexto em que esta prática passa a se dar de modo sistematizado no município, o de reestruturação da RAPS e da própria Atenção Básica da cidade. No decorrer do processo de Reforma Psiquiátrica, o modelo predominante de cuidado em Jundiaí foi o ambulatorial, ainda que houvesse a presença do CAPS. A Atenção Básica era orientada ao direcionamento dos casos menos complexos em Saúde Mental para os “especialistas” do Ambulatório, com destaque à figura do psiquiatra, que, em alguns momentos, chegou a ter fila de espera de cerca de 2000 pessoas. A partir da reformulação deste serviço, a Atenção Básica passou a ter que lidar com o desafio de cuidar destes usuários e de se inserir nas formas de atenção previstas pela RAPS. Para isto, foram se configurando o apoio do NASF, composto por equipe multiprofissional com as categorias de psicólogo, assistente social, nutricionista, educador físico, terapeuta ocupacional e fisioterapeuta, e o Matriciamento, como ferramentas de aproximação das novas formas de cuidado.

A partir da compreensão de que se trata de reestruturação de diversos serviços e da implantação de novos paradigmas de cuidado, vale a pena destacar que uma transformação desta magnitude não se dá sem resistências ao próprio processo de mudança e sem a presença de forças políticas antagônicas. Estes elementos ajudam a compreender, ainda que parcialmente, possíveis desinteresse e reações negativas à entrada da saúde mental na Atenção Básica – que pode ser sentida por alguns trabalhadores como uma construção não compartilhada. Em algumas UBS, observamos discursos contrários ao cuidado em saúde mental na Atenção Básica, em alguns momentos com discursos reforçadores da loucura institucionalizada (e a um “não direito” velado ao atendimento na comunidade).

Além disto, assim como na literatura (Nunes, Jucá & Valentim, 2007), percebe-se a insipiência de práticas de saúde mental na Atenção Básica, relacionadas, muitas vezes, pelos profissionais à pouca familiaridade às propostas da Reforma Psiquiátrica e à ausência de capacitação; às dificuldades de atenção a estas situações na Atenção

Básica (por exemplo, médicos clínicos que se sentem pouco à vontade para prescrever psicotrópicos); e à desintegração da rede de cuidados.

Em diálogo com as possibilidades de potencializar o próprio espaço do Matriciamento, vale a pena retomar, como citado anteriormente, que, em Jundiaí, os NASFs não estão ligados somente às unidades de ESF, havendo um grande número de UBS sob responsabilidade de cada uma destas equipes - por exemplo, em uma das regionais referenciadas pelo CAPS III, cada NASF atende cerca de 9 UBSs. Devido a isto, estes profissionais acabam tendo poucos dias dedicados a cada Unidade, o que parece não favorecer o apoio regular às equipes e usuários. Um desafio do Matriciamento, vivenciado intensamente pela equipe deste CAPS, diz respeito ao grande número de demandas e discussões de caso solicitadas pelas equipes de referência em comparação com o tempo disponível, o que leva ao questionamento de se alguns dos casos discutidos no espaço do Matriciamento não poderiam ter sido antes aproximados ao NASF, cujos membros também compõem as equipes matriciadoras e trabalham na perspectiva de integralidade do cuidado, o que contribuiria também para ampliação das dimensões de atenção ao sujeito para além da medicação.

Apesar dos desafios vivenciados, merece destaque a possibilidade de vinculação que se deu em algumas UBSs, especialmente as de ESF, com o compartilhamento e co-responsabilização pelos cuidados, horizontalidade das ações e construção conjunta de PTS (Chiaverini, 2011, o que se aproxima aos pressupostos da RAPS e da Reforma Psiquiátrica. Em um Matriciamento identificado como exitoso, considera-se que houve a construção de estratégias de cuidado dos usuários no território, sejam estes com agravamento importante em saúde mental, sejam com queixas/ sintomas circunstanciais desencadeados por vicissitudes da vida, como desemprego, luto, conflitos familiares. Esta Unidade vem trabalhando em parceria com o CAPS, o que favorece que os usuários possam ser vistos por ambas as equipes, com redução da medicalização, ampliação dos cuidados em seu território e maior aproximação das noções de integralidade do cuidado. Nesta experiência específica, o Matriciamento ocorre em uma unidade de ESF.

Neste sentido, percebe-se que a implicação das unidades ESF ocorre em um sentido mais amplo do cuidado, conseguindo-se, por meio do Matriciamento, elaborar estratégias que abarquem os profissionais da Atenção Básica nas ações propostas, em oposição ao que observamos na maioria das UBS tradicionais, cujas discussões,

conforme exposto por Nunes, Jucá e Valentim (2007), acabam por pautar-se, muitas vezes, em manejo biomédico, a partir da medicação e busca de normatividade de comportamentos, o que pode despotencializar a Atenção Básica como provedora de cuidados. Ainda que haja necessidade de aprimoramentos no processo de Matriciamento em Saúde Mental em Jundiaí, considera-se uma importante conquista do município sua sistematização e alcance de todas as UBS, o que é um significativo avanço para a valorização de formas de cuidar em Saúde Mental em liberdade, dentro da lógica territorial e de produção de autonomia e contratualidade (Tikanory, 2001).

A oferta de cuidados em saúde mental na Atenção Básica parece ser fundamental para que novas formas de se aproximar da loucura possam se dar na sociedade (Amarante, 2007), buscando o respeito a diferentes modos de existir e estar no mundo e valorizando os aspectos singulares de cada sujeito que procura o SUS. Ainda, de acordo com Merhy (2006) e Bezerra e Dimenstein (2008), a reorganização da rede de serviços de saúde é possibilidade de se aproximar da ideia do trabalhador em saúde como trabalhador coletivo e interessado na saúde e nos usuários, entendendo que falar em saúde é também “falar em sentido no trabalho”.

REFERÊNCIAS

Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Coleção Temas em Saúde.

Bezerra, E. & Dimenstein, M. (2008). Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na Atenção Básica. *Psicologia Ciência e Profissão*, 28 (3), 632-645.

Campos, G. W. S. & Domitti, A. C. (2007). Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(2), 399-407.

Campos, G. W. S. (1999). Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 4 (2), 393-403.

Chiaverini, D. H. (2011) (org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Brasília: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.

Merhy, E. E. (2006). A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: Merhy, E. E. & Onocko, R. (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp. 197-228). São Paulo: Hucitec.

Nunes, M., Jucá, V.J. & Valentim, C.P.B. (2007). Ações de Saúde Mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (10), 2375- 2384.

Portaria nº 3.088, 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília. 2011

Tavares, C.M.M. (2005). A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. *Texto & contexto enferm* [Internet], 14 (3), 403-410. Recuperado em 23 fevereiro, 2016, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000300012 doi: 10.1590/S0104-07072005000300012

Tikanory, R. (2001). Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: Pitta, A. (2001). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2 ed. São Paulo: Hucitec.

A PERCEPÇÃO DE IDOSOS SOBRE AS RELAÇÕES INTERGERACIONAIS NA VELHICE

Caroline Peixoto de Moraes¹¹⁰

Keila Porto Xavier¹¹¹

Marisa Galvão Pires¹¹²

Claudia Aranha Gil¹¹³

Resumo

O envelhecimento populacional e as diversas temáticas que abordam o idoso tem sido de grande relevância nos dias atuais. Nesse contexto inclui-se o tema relacionado às relações intergeracionais que se estabelecem na velhice. Essas relações podem ocorrer em vários âmbitos, possibilitando, entre outros aspectos, a transmissão de conhecimentos entre várias gerações. O objetivo deste estudo é analisar a percepção dos idosos sobre as relações intergeracionais na velhice. Trata-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo 10 pessoas de ambos os sexos, com idades entre 60 a 76 anos. Foram utilizados como instrumentos: um questionário sócio demográfico, a Técnica de Apercepção para Idosos – SAT e uma entrevista semi-dirigida. Os resultados foram interpretados segundo o embasamento da abordagem qualitativa e análise de conteúdo de Bardin. Os resultados apontaram que para os participantes do estudo as relações intergeracionais ocorrem nos contextos do trabalho, familiar e de amizade, sendo que podem ser favoráveis e benéficas, mas também podem trazer conflitos. A realização da técnica projetiva favoreceu a expressão de aspectos conflitantes relacionados ao âmbito familiar que não foram expressos nas entrevistas. Conclui-se que as relações entre gerações podem contribuir para um processo de envelhecimento mais saudável.

Palavras-chave: envelhecimento, intergeracionalidade, inclusão, técnica projetiva.

Introdução

O envelhecimento é um processo natural que acomete indivíduos no decorrer de suas vidas, podendo levar a uma série de alterações em seu corpo. Esse processo pode ser

¹¹⁰ Graduanda em Psicologia na Universidade São Judas Tadeu-SP.

¹¹¹ Graduanda em Psicologia na Universidade São Judas Tadeu-SP.

¹¹² Graduanda em Psicologia na Universidade São Judas Tadeu-SP.

¹¹³ Profa. Dra. No Programa de Pós Graduação strictu sensu em Ciências do Envelhecimento na Universidade São Judas Tadeu-SP e Pesquisadora do APOIAR/IPUSP.

definido como dinâmico e progressivo, no qual há modificações funcionais, bioquímicas e sociais que determinam a progressiva perda da capacidade de ajustamento do indivíduo ao meio ambiente (Lima & Murai, 2005).

Atualmente, observa-se um crescimento significativo da população idosa comparada as outras faixas etárias. Com isso, se amplia também o campo das relações sociais nesse período da vida, pois os idosos tendem a buscar apoio na família, amigos e comunidade. Tanto as relações sociais no círculo familiar, quanto às relações fora dele, são muito importantes para o processo de desenvolvimento das pessoas mais velhas (Teiga, 2012).

As relações intergeracionais são como vínculos estabelecidos entre grupos ou pessoas com idades distintas e em diferentes ciclos de desenvolvimento. Esses vínculos possibilitam a troca de experiências e contribuem para a produção de conhecimento. Estas relações ocorrem em vários contextos, como social, no trabalho e familiar (Ferreira, Massi, Guarinello e Mendes, 2015).

A função que a família tem na velhice é a de propiciar uma convivência afetuosa, de proteção, solidariedade e estabilidade para os idosos. Porém, os conflitos e dificuldades também fazem parte do convívio intergeracional (Araújo, 2012). Por outro lado, em muitos casos as relações familiares são dinâmicas e flexíveis, possibilitando formas de trocas positivas entre as gerações.

De acordo com Ferrigno (2013), para haver a redução desses conflitos entre as gerações, há uma necessidade de formação de recursos humanos, sobretudo desenvolvimento e profissionais para as áreas de gestão de políticas e programas intergeracionais, bem como de pesquisadores e acadêmicos. Esses programas no contexto das comunidades, escolas e organizações podem ser benéficos tanto para os jovens quanto para os idosos, pois propiciam um espaço onde é possível discutir os preconceitos que existem entre as faixas etárias, além de juntos poderem buscar soluções para o bem-estar coletivo frente a determinados problemas que possam existir nesses ambientes (França, Silva & Barreto, 2010).

Silva e Grandino (2013) apontam que estudos desenvolvidos com idosos, crianças e adolescentes têm mostrado que é possível aprimorar o convívio, o capital social das relações humanas e o bem-estar entre as gerações. Nessas circunstâncias, estas relações precisam ser otimizadas e estendidas em diversas condições, relacionados ao respeito às diferenças, solidariedade e troca de experiências. No entanto, são

necessários programas que favoreçam a integração entre jovens e idosos, mas essa condição é escassa na realidade brasileira.

Por fim, destaca-se a importância do investimento em pesquisas sobre intergeracionalidade, para que se possa conhecer a visão destes grupos e fornecer informações e reflexões a respeito deste tema. Desta forma, o objetivo deste estudo é analisar a percepção dos idosos sobre as relações intergeracionais na velhice. Os objetivos específicos são compreender como se dão as relações intergeracionais entre os participantes; conhecer as dificuldades e conflitos nesse processo e por fim, verificar se essas relações podem auxiliar no processo de envelhecimento saudável.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem qualitativa. A seleção da amostra foi por conveniência, composta por 10 pessoas de ambos os sexos, com idades entre 60 a 76 anos, que têm convívio semanal, no mínimo, duas vezes por semana com pessoas de outras gerações. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa sob o número 1.509.088.

Na coleta de dados, foi aplicado um questionário sócio demográfico, em seguida, foi realizado o procedimento com a Técnica de Apercepção para Idosos – SAT (Bellak & Abrams, 2012). Trata-se de um instrumento projetivo que visa conhecer melhor essa população. Pode ser bastante útil como subsídio em pesquisas de atitudes e problemas relacionados aos idosos, para fins de desenvolvimento de intervenções direcionadas a este grupo de pessoas (Bellak & Abrams, 2012). Tardivo e colaboradores (2012) realizaram um estudo de validade comparando o SAT em idosos deprimidos. Foi usada uma amostra de 102 adultos, de 60 a 85 anos. A pesquisa foi concluída, tendo sido avaliada e seu uso aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia em 2013.

No presente estudo, foi pedido aos participantes contarem duas histórias, que remetem à temática da pesquisa. A prancha 4 é denominada “com a família” e sua temática evoca as relações familiares. A prancha 9 é denominada “no parque” e sua temática evoca as relações transgeracionais (Bellak & Abrams, 2012);

Por último foi realizada uma entrevista semi-dirigida, com perguntas elaboradas pelas pesquisadoras para levantamento de informações dos participantes e sobre a temática abordada. Os dados coletados foram analisados de forma qualitativa. Com o material resultante das entrevistas, foi utilizada a análise do conteúdo de Bardin (2009). Após a

utilização do referido método de análise, os dados foram comparados com a literatura sobre o tema do estudo.

Resultados e discussão

A idade média dos idosos participantes da pesquisa é de 66 anos e 60% são mulheres. Sobre o estado civil dos participantes, 60% dos idosos são casados, 20% são divorciados e 20% são viúvos. Quanto ao nível de escolaridade, 50% deles têm como características a realização do Ensino Médio, 20% tem Ensino Fundamental, 20% possui superior completo e 10% possui superior incompleto. A respeito do trabalho, a maioria (43,75%) está empregado, sendo que 37,50% são aposentados e 18,75% são aposentados e continuam empregados.

Em relação à com quem os participantes residem, 30% dos idosos responderam que reside com cônjuge e familiares, 30% residem com familiares, 30% moram com cônjuge e apenas um mora sozinho. Conforme aponta Camarano (2006) o envelhecimento populacional acarreta mudanças também nos arranjos familiares. Uma dessas mudanças é a maior proporção de famílias com pelo menos um idoso, possibilitando maior convivência intergeracional.

Com o objetivo de analisar a percepção dos idosos sobre a intergeracionalidade na velhice, foi realizada a análise de conteúdo de Bardin (2009). Com relação às características do convívio intergeracional, foram consideradas três unidades de significado. Nos participantes, a mais expressiva é a “convivência no ambiente de trabalho”, totalizando seis idosos. Assim, quase a totalidade dos homens da pesquisa tem maior convívio com outras gerações no trabalho do que no âmbito familiar. Os autores Sikota e Brêtas (2012) apontam que o trabalho representa um valor muito importante para as pessoas, sobretudo quando idosos, que buscam no trabalho, além de obter ou complementar a renda, o sentido que ele proporciona às suas vidas, relacionado a se sentirem úteis para a sociedade e reconhecidos pelo que fazem.

A “convivência com a família” foi a segunda unidade de significado mais expressiva, com total de cinco idosos. No estudo feito sobre as dinâmicas familiares intergeracionais por Silva, Vilela, Nery, Duarte, Alves e Meira (2015), com 32 idosos observa-se que entre eles e seus familiares há uma configuração de aliança, firmada por sentimentos positivos de amor, respeito e diálogo. A relação intergeracional nesse âmbito possibilita a interação entre os idosos e seus familiares, dando a eles um sentimento de pertença e conseqüentemente os afasta do isolamento.

Ainda no tema relativo ao convívio intergeracional, apenas dois participantes, P.2 e P.6, trouxeram conteúdos relativos à unidade de significado “convivência com amigos”. Esses mesmos participantes já haviam relatado também o convívio intergeracional na família e no trabalho. No estudo de Cuba, Carvalho, Evangelista e Camara (2010) sobre vivência de amizade intergeracional com idosos da UnATI/UERJ, constataram que ao possibilitar a troca de opiniões plurais na esfera pública, a amizade pode resgatar o interesse de alguns sujeitos, principalmente dos idosos, a participarem dos programas que possibilitam igualdade a todas as faixas etárias envolvidas.

Em relação às dificuldades encontradas no convívio intergeracional, a unidade de significado relacionada a “não ter dificuldades” quanto a isso expressou o conteúdo da fala de três idosos. Como relata a participante P.7 *“Não, não tenho dificuldade com esse convívio não. Às vezes as pessoas até falam que eu sou uma pessoa que convive com todo mundo, é jovem, é idoso, não tenho esse problema não de idade”*. O estudo de Marques, Dias e Costa (2010) teve por objetivo compreender as entrelinhas nas relações intergeracionais considerando as falas e pensamentos em idosos de Santa Maria/RS. Seus dados apontam, assim como para alguns participantes da nossa pesquisa, que aquelas com as idades mais avançadas dizem gostar muito, pois convivem com várias idades e vários pensamentos, absorvem a jovialidade das mais novas.

A respeito do mesmo tema, os participantes P.1, P.6 e P.7 relataram sobre “problemas com a diferença de idade”. Azevedo (2012) ressalta que a convivência entre diferentes é, quase sempre, um problema. Isso também ocorre quando a diferença envolve faixa etária, uma vez que grupos de variadas gerações podem possuir valores e interesses muito distintos. Observa-se no discurso da participante P.1: *“Porque eu, por exemplo, tô com setenta, meu neto tem dez e a outra tem treze. Então é um conflito de gerações”*. Os participantes P.3, P.5 e P.9 apontaram sobre a necessidade de “mediação de conflitos entre os mais jovens” vista como dificuldade no convívio entre as gerações. Os participantes, nesse caso, se referem a questões que ocorrem no ambiente de trabalho. Por exemplo: *“Há momentos que é tumultuoso e em outros é mais tranquilo (...) Acho que a dificuldade maior é ter que mediar o atrito entre as crianças”* (P.3). Alves (2010) explica que a mediação serve como instrumento para atenuar situações conflituosas, onde os mediadores têm como função tentar restabelecer a relação entre os indivíduos implicados no conflito e no resgate do diálogo entre eles. O idoso, visto como aquele que é possuidor de grande sabedoria e conhecimento, pode-se colocar

no papel de mediador em situações conflitantes, justamente por possui uma experiência de vida maior em relação às outras gerações.

Foi identificado também o tema relativo às estratégias para lidar com as possíveis dificuldades. Em nossos resultados foram encontradas três unidades de significado, sendo que nessas unidades os três participantes se referem a situações ocorridas também no ambiente de trabalho e no convívio com amigos. A primeira foi denominada “estabelecer diálogo”. Ferrigno (2013) em seu estudo sobre coeducação entre gerações verificou que diversos entrevistados pontuaram o diálogo como uma maneira para superar conflitos. Para o autor, é importante saber o que as pessoas de diferentes idades têm a dizer sobre possíveis modos para manejar positivamente os conflitos de geração. E para que se constitua esse diálogo é necessário que se tenha um elo de comunicação com os jovens.

A “reciprocidade” foi outra unidade de significado mais expressiva, constituindo o respeito ao próximo e solidariedade, além do diálogo. Três participantes utilizam dessa estratégia para lidar com as dificuldades que surgem no convívio intergeracional. Carvalho (2012) relata que quando as diferenças são trabalhadas por meio do diálogo e da compreensão quanto à sabedoria que os mais velhos possuem, é que esse conhecimento influencia na construção da sociedade atual, o convívio torna-se colaborativo e recíproco, permeado de solidariedade e amizade.

O quarto e último tema refere-se aos benefícios do convívio intergeracional. Seis participantes trouxeram conteúdos relacionados à “aprendizagem” como unidade de significado, referindo-se tanto ao ambiente de trabalho quanto na família. O que pode ser visto no discurso da participante P.3: *“O benefício é que você se enriquece enquanto ser humano convivendo com pessoas de idades diferentes porque você aprende com elas e elas aprendem com você. É uma troca de experiência e aprendizado na relação do dia a dia”*. Sob esse aspecto, Patrício (2010) relata que a promoção da educação e da aprendizagem de pessoas mais velhas através da convivência intergeracional, torna-se um valor mais efetivo, verdadeiro e com resultados extremamente positivos, produto da interação entre diferentes gerações, como demonstram diversos projetos e iniciativas de âmbito nacional, europeu e mundial.

Ainda em relação à aprendizagem, a participante P.1 aponta: *“Eu aprendo com eles, porque a gente sempre aprende, cada dia aprende uma coisa. De início, eu já tinha parado de mexer nessas coisas de eletrônica (...) porque quando eles chegaram eu*

nem sabia ligar esses aparelhos de DVD, essas coisas, aí eu tive que reaprender”. Neste sentido, Carleto (2013) fala que o uso de aparelhos eletrônicos é uma possibilidade a se pensar como ferramenta significativa para a comunicação entre as pessoas, principalmente para os idosos. Ao aprender com outras gerações, muitas vezes com netos, os idosos conseguem esses benefícios. Podendo contribuir na recuperação de sua identidade, enquanto indivíduo ativo, dinâmico e crítico, além de propiciar o convívio interpessoal em um estágio da vida onde o isolamento torna-se mais frequente.

Os participantes P.3, P.4, P.6 e P.9 trouxeram o “prazer do convívio intergeracional” como um benefício, entre os quais a maioria ocorre em situações no trabalho, mas também na família. Para exemplificar, dois participantes mostram isso em seus relatos: *“O melhor benefício é ver a família reunida, e ter a alegria de conviver com eles em casa”* (P.4). *“(…) Eu gosto da companhia deles (...) o maior benefício é me relacionar com elas”* (P.9). No estudo de Silva e Grandino (2013) a respeito da reflexão dos idosos sobre as relações intergeracionais, com base em seus dados autobiográficos, os depoimentos sistematizados revelam que as relações entre gerações podem ser otimizadas por meio de iniciativas que levem em consideração o convívio e as trocas de experiências.

Visando um aprofundamento da análise do conteúdo das histórias, é importante observar que a técnica do Teste de Apercepção para Idosos – SAT foi utilizada também como um complemento para análise do convívio intergeracional familiar. Assim, a escolha das pranchas foi norteadada pela ideia de oferecer estímulos que privilegiassem aspectos de relacionamento com família e cônjuge, pois não há figuras com estímulos relacionados a aspectos ligados ao trabalho.

Como exemplo, podemos citar a participante P.2, sexo feminino, 76 anos. Fala que não vê dificuldades nesse convívio, mas na prancha 4 ela projeta problemas, pois há sentimentos negativos. Por exemplo: *“(…) a mãe não gosta do namorado da filha... A mãe foi brigar com ela né, ou dar um conselho (...) O pai não está nem aí com a filha... contra vontade dos pais eles ficam juntos”*. Em relação à prancha 9, ela faz justamente o contrário, por exemplo: *“Os pais estão gostando desse casal mais novo (...) Eu acho que é de muito bom gosto deles, eles vão acolher esse casal mais novo”*. Na primeira história ela rejeita o casal e na segunda acolhe. Tem-se como hipótese que ela traz conflitos nessa área.

Ainda com relação à expressão de conflitos, a participante P.4, sexo feminino, tem 64 anos. Na prancha 4 há uma insatisfação, como observa-se na história: *“A mãe dessa menina não está muito feliz, porque ela queria que alguém ajudasse arrumar a mesa, mas a menina prefere conversar com os amigos”*. Neste caso, observa-se um aspecto conflitante. Na prancha 9, ela faz uma projeção de aspectos pessoais e conta o seguinte: *“Eu não sou boa para inventar histórias, não tenho muita criatividade, a mente já é fraca”*. Pode-se supor que tem algumas dificuldades, principalmente ligadas à própria imagem, com sentimentos negativos em relação à velhice.

Considerações finais

Por meio do estudo foi possível expandir o conhecimento sobre a intergeracionalidade na velhice através da percepção dos idosos participantes da pesquisa. As relações intergeracionais podem constituir-se a partir do âmbito familiar, do trabalho e no círculo de amizade. Porém, é no ambiente familiar e principalmente no trabalho que ocorre o convívio com outras gerações entre a maior parte dos idosos do estudo. Com relação à aplicação da técnica projetiva, sua realização favoreceu por meio das narrativas apresentadas a expressão de conteúdos latentes, bem como de aspectos conflitivos ligados à convivência intergeracional no âmbito da família, que os participantes não puderam expressar de modo mais direto nas entrevistas.

Conclui-se que os objetivos do estudo foram alcançados, os instrumentos se mostraram adequados e os resultados corroboram aos dados encontrados na literatura sobre o tema. Ressalta-se que são necessárias mais pesquisas relacionadas à temática proposta no presente estudo, assim como a criação de novos programas intergeracionais, com o objetivo de aproximar as gerações e estimular o respeito mútuo, contribuindo assim para um processo de envelhecimento mais saudável.

Referências

- Alves, S. S. A. (2010). *A mediação, o idoso e os conflitos no âmbito familiar*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Cândido Mendes. Rio de Janeiro.
- Araújo, E. N. P. (2012). Família. In E. N. P. Araújo (Org.), *Práticas Psicogerontológicas nos Cuidados de Idosos* (pp. 81-94). Curitiba, Juruá Editora.
- Azevedo (2012). *Conflito de gerações na transformação do mercado de trabalho*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Tuiuti do Paraná. Curitiba, Paraná.

Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA.

Bellak, L. M. D. & Abrams D. M. (2012). *SAT - Teste de Apercepção para Idosos*. Adaptação à população brasileira por Miguel, A., Tardivo, L. S. P. C., Silva, M. C. V. M. & Tosi, S M. V. D. Livro de instruções – volume 1 – Coleção SAT. Vetor Editora.

Camarano, A. A. (2006). Mecanismos de proteção social para a população idosa brasileira. *Texto para discussão N° 1179. ISSN 1415-4765 JEL J14, J18*.

Carleto, D. G. S. (2013). *Relações intergeracionais de idosos mediadas pelas tecnologias de informação e comunicação*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação Interunidades de Bioengenharia. São Carlos, São Paulo.

Carvalho, M. C. B. N. M. (2012). Relações Intergeracionais. Alternativa para minimizar a exclusão social do idoso. *Revista Portal de Divulgação, n.28. Ano III. D*.

Cuba, C. M. G. B., Carvalho, A. S., Evangelista, K. B. & Camara A. M. (2010). A assessoria em uma vivência de amizade intergeracional com idosos da UnATI/UER. *VII Jornada Internacional Políticas Públicas*. Universidade Federal do Maranhão. São Luís. Maranhão.

Ferreira, C. K., Massi, G. A. A., Guarinello, A. C. & Mendes, J. (2015). Encontros intergeracionais mediados pela linguagem na visão de jovens e de idosos. *Distúrbios Comun, São Paulo, 27(2): xxx-yyy*.

Ferrigno, J. C. (2013). *Conflito e cooperação entre gerações*. São Paulo: Edições Sesc SP.

França, L. H. F. P., Silva, A. M. T. B. & Barreto, M. S. L. (2010). Programas intergeracionais: Quão relevantes eles podem ser para a sociedade brasileira? *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro; 13(3):519-531*.

Lima, C. K. G. & Murai, H. C. (2005). Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento. *Rev Enferm UNISA; 6: 15-22*.

Marques, C. L. S., Dias, J. F. S. & Costa, V. R. P. (2010). As relações intergeracionais: encontros ou conflitos? *EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires, Año 15, Nº 150*.

Patrício, M. R. P. (2010). *Aprendizagem Intergeracional com Tecnologias de Informação e Comunicação*. (Tese de Doutorado). Escola Superior de Educação Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.

Sikota, C. S. S. & Brêtas, A. C. P. (2012). Significado de envelhecimento e trabalho para vendedor ambulante idoso. *Rev Enferm UFSM*; 2(1):135-144.

Silva, D. M., Vilela, A. B. A., Nery, A. A., Duarte, A. C. S., Alves, M. R. & Meira, S. S. (2015). Dinâmica das relações familiares intergeracionais na ótica de idosos residentes no Município de Jequié (Bahia), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(7):2183-2191.

Silva, H. S. & Grandino, P. J. (2013). Reflexões e narrativas (auto)biográficas sobre as relações intergeracionais: Resultados de uma intervenção socioeducativa com mulheres idosas. *Psicologia & Sociedade*. 25(3), 559-570.

Tardivo, L. S. P. C., Silva, M. C. V. M., Tosi, S. & De Miguel, A. (2012). *SAT – Técnica de Apercepção para Idosos*. Adaptado à população brasileira. Livro de instruções. Vol. 1. Coleção SAT. São Paulo: Vetor.

Teiga, S. A. M. (2012). *As relações intergeracionais e as sociedades envelhecidas*. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Lisboa, Lisboa.

DIAGNÓSTICO ESTRUTURAL DA PSICOSE: UMA DISCUSSÃO PSICANALÍTICA

Kelly Cristina Brandão da Silva¹¹⁴;

Márcia Gabriela Tavares Petri¹¹⁵

Resumo

O presente trabalho objetiva analisar algumas vinhetas clínicas de um caso de psicose, a partir do referencial psicanalítico lacaniano. Entendendo que a clínica psicanalítica é estrutural e não descritiva, parte-se do pressuposto de que somente através da escuta transferencial é possível, *a posteriori*, estabelecer um diagnóstico que implica, necessariamente, o analista. A fim de escutar as particularidades do discurso de P., um jovem de 19 anos, foi necessário operar a partir do não saber e deixar-se interrogar diante de um sujeito que não estabelecia laços sociais de forma neurótica, não estando, portanto, preso aos discursos estabelecidos. Diante da especificidade da psicose, Sigmund Freud sugere modificações no método da psicanálise. Assim, atender um psicótico pressupõe não recuar frente ao fora-do- discurso e sim tomá-lo em consideração, obedecendo à ética psicanalítica, a qual não atribui caráter deficitário para a psicose, mas se orienta pela compreensão de que nessa estrutura clínica há uma foraclusão do Nome-do-Pai. Neste sentido, o trabalho clínico baseou-se na proposta de Jacques Lacan acerca da posição específica do analista, como o secretário do alienado, ou seja, alguém que acolhe e é destinatário do discurso do psicótico, em sua relação singular com a linguagem.

Palavras-chave: psicose, psicanálise, secretário do alienado.

Tema: Psicose

¹¹⁴ Psicanalista, docente do Departamento de Desenvolvimento Humano e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (DDHR/FCM/UNICAMP), doutora em Educação pela Universidade de São Paulo (FEUSP). E-mail: ksilva@fcm.unicamp.br.

¹¹⁵ Psicanalista, pesquisadora voluntária do Departamento de Desenvolvimento Humano e Reabilitação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (DDHR/FCM/UNICAMP). Graduada em Psicologia pela Universidade Metodista de São Paulo (UMESP). E-mail: marciagtpetri@yahoo.com.br.

Introdução

A clínica psicanalítica é estrutural e não descritiva. É através da escuta transferencial que podemos, *a posteriori*, estabelecer um diagnóstico que implicará, necessariamente, o analista. Dito de outro modo, operamos sempre a partir do não saber a fim de escutar as particularidades do discurso de cada sujeito em análise.

Obedecendo à ética da psicanálise, esse trabalho não se orienta por uma leitura deficitária da psicose. Compreende-se que nessa estrutura clínica há uma forclusão do Nome-do-Pai, o que equivale a não inclusão na norma edipiana e, por isso, na norma fálica. Considerar o caráter singular do ser humano é primordial no tratamento da psicose. Esta postura ética põe em relevo a inclusão da diferença. Suportar, no sentido de dar suporte, ao fora-do-discurso.

O fora-do-discurso da psicose aponta para uma impossibilidade lógica, estrutural, portanto, real, de fazer o psicótico entrar completamente na dança dos discursos, ou seja, de circular pelos laços sociais, participar alternadamente de um ou de outro, dialetizar suas relações, cortar com uns e reatar com outros os laços sociais e, com isso, dar conta da metabolização do gozo. (Quinet, 2006, p. 52).

Deixar-se interrogar diante de um sujeito que não estabelece laços sociais de forma neurótica é o primeiro passo. O psicótico, por estrutura, não se compromete com as significações compartilhadas e atendê-lo pressupõe não recuar frente ao fora-do-discurso, mas sim tomá-lo em consideração.

Freud (1905/1996a, p. 274), no texto Sobre a Psicoterapia, considera que a psicanálise não deve ser indicada a pacientes psicóticos, mas ressalta:

Psicoses, estados de confusão e depressão profundamente arraigados (poderia dizer tóxicos) não se prestam, portanto, à psicanálise, pelo menos não para o método como vem sendo praticado até o presente. Não considero de modo algum impossível que, mediante modificações adequadas do método, possamos ser bem sucedidos em superar essa contra-indicação e assim podermos iniciar uma psicoterapia das psicoses. [grifos nossos]

É possível considerar que essa modificação no método refere-se à posição clássica do analista frente a um neurótico. Diante da especificidade da psicose, faz-se necessário um novo manejo. Para Freud (1924/1996c), o delírio psicótico tem uma função organizadora e um fragmento de verdade.

Lacan (1955-1956/1985) aprofunda o estudo das psicoses, enfatizando que não devemos recuar diante das possibilidades de tratamento e propõe que a posição do analista frente à psicose deve ser de secretário do alienado, ou seja, aquele que acolhe e é destinatário da fala psicótica, em sua relação particular com a linguagem. Vamos aparentemente nos contentar em passar por secretários do alienado. Empregam habitualmente essa expressão para censurar a impotência dos seus alienistas. Pois bem, não só passaremos por seus secretários, mas tomaremos ao pé da letra o que ele nos conta - o que até aqui foi considerado como coisa a ser evitada (Lacan, 1955- 1956/1985, p. 235).

Podemos considerar que o analista deve colocar-se como terceiro, pois habitualmente o psicótico tenta fazer Um com o seu semelhante, o que se coaduna com a forclusão do Nome-do-Pai (Lacan, 1957-1958/1998). A não-inscrição do Nome-do-Pai implica em entraves no acesso ao simbólico e, por isso, são comuns efeitos de colagem, como a ecolalia, a erotomania e a paranóia.

A entrada no Édipo possibilita a inscrição da castração e a renúncia pulsional, que só ocorre com a ruptura da relação complementar mãe-bebê. A função paterna opera e interdita à criança suas pretensões de ser ou ter o objeto do desejo materno e interdita a mãe a tomar a criança como aquilo que lhe falta, oferecendo à criança os objetos da cultura. O desenrolar dessa operação se articula no quanto esse pai, ou seus representantes simbólicos, sustenta a lei e resiste a possíveis sabotagens maternas e se está presente nesta função na vida da criança.

A propósito da forclusão do Nome-do-Pai, Lacan (1957-1958/1998) afirma que é importante saber o que acontece com o processo da comunicação, constitutivo para o sujeito, no plano da relação entre a mãe e seu filho. Foracluir implica em expulsar alguém ou algo para fora das leis da linguagem, perda essa que, na psicose, traz como consequências ao sujeito a negatização de todo o funcionamento da linguagem (Rabinovitch, 2000).

A condução do tratamento na psicose deve possibilitar a entrada desse terceiro, que foi foracluído. Afinal, se o terceiro desaparece, não há separação, corte. Silva (2006, p. 422), a propósito do tratamento institucional da psicose, aponta a alternância como uma possibilidade de trabalho:

Se, para a Psicanálise, a questão da psicose relaciona-se com o Outro, invasivo, onipresente e onisciente, nada mais coerente do que uma montagem institucional onde a alternância seja a tônica. Alternância de sujeitos, de desejos, de encontros. Deslocamento. A multiplicidade de discursos protege as crianças e adolescentes de serem capturados pelo gozo totalitário. A alternância tem efeito de corte de gozo.

Freud (1920/1996b), ao descrever o jogo do *fort-da*, ressalta que a entrada da criança no simbólico se dá através da alternância entre presença e ausência e o jogo simboliza o domínio sobre a alternância da mãe, expresso no lançar e puxar o carretel. Mannoni (1988), uma das fundadoras da Escola Experimental *Bonneuil sur Marne*, que acolhe crianças e adolescentes psicóticos ou neuróticos graves, afirma que a instituição privilegia a alternância, fazendo uma referência a este jogo.

Portanto, em vez de oferecer permanência, a estrutura da instituição oferece, sobre uma base de permanência, aberturas para o exterior, brechas de todos os gêneros. (...) Mediante essa oscilação de um lugar ao outro, poderá emergir um sujeito que se interroge sobre o que quer (Mannoni, 1988, p. 81).

Secretário do alienado; terceiro; alternância presença-ausência são conceitos que norteiam o tratamento da psicose. Todavia, sem esquecer que a clínica prevalece e orienta a teoria, como aconselhou Freud (1905/1996a) ao dizer que, na prática da psicanálise, devemos receber cada paciente como se fosse o primeiro.

Objetivos

Analisar algumas vinhetas clínicas de um caso de psicose.

Discutir sobre o diagnóstico estrutural da psicose.

Problematizar os limites e as possibilidades da atuação do psicanalista diante de um caso de psicose.

Relato da experiência

O primeiro atendimento foi enigmático. P., um jovem de 19 anos, repetia as perguntas

da mesma forma como eu as fazia, com a mesma entonação e, como um espelho, eu sentia refletir meus pensamentos em sua voz.

Perguntei-lhe se estava chateado e ele me perguntou se eu achava que ele estava chateado, como se ele mesmo não soubesse. Então, lembrou que a antiga psicóloga também havia lhe perguntado isso, mas na época também não soube responder. Apenas estranhou o fato de nós duas fazermos a mesma pergunta.

Depois me contou que teria ficado triste pelo fato de as amigas do seu irmão não terem ido a sua festa de aniversário. Primeiramente justificou que elas estavam sem carro, depois porque sua mãe não avisou a tempo e, finalmente, disse que elas não quiseram. Distintas justificativas e minha tentativa de dar-lhes sentido parecia em vão e o confundia, chegando a dizer que eu o perturbava com muitas perguntas.

Após discussão do caso em supervisão, a hipótese diagnóstica passou a considerar o conceito de forclusão do Nome-do-Pai na estruturação psicótica. Como aponta Calligaris (2013), a partir da transferência é possível pensar o diagnóstico estrutural, bem como iniciar o trabalho clínico; sendo assim, com a hipótese de psicose, eu, como analista, deveria ocupar outra posição, marcada no momento em que o paciente me perguntou: “Eu tenho uma opinião?” e eu lhe respondi: “Você tem!”. Ou seja, eu deveria ajudá-lo com suas frases contraditórias e fragmentadas, em busca de algum sentido possível.

Conforme os pais, estes sempre quiseram proteger o filho de qualquer sofrimento e, ainda bebê, não deixavam que ele mantivesse contato com familiares ou amigos. Segundo ela, não houve demonstração de carinho por parte do restante da família. “Então, para suprir isso, eu fazia tudo por ele”. A mãe ainda recordou que a família do marido reclamava: “Que negócio é esse de querer tanto?!”.

Chamava-me atenção a fala complementar dos pais: a mãe começava a frase e o pai terminava. Também era curiosa a história da escolha do nome do paciente, o qual tinha exatamente o mesmo nome do pai, sem o acréscimo usual de termos como Filho ou Júnior, os quais denotam uma diferença geracional. Segundo os pais, essa escolha se justificou por desejarem que o filho tivesse um nome próprio e, com os termos Júnior ou Filho, de acordo com os pais, o filho ficaria sem nome.

Perguntei-lhes se ter o nome do pai não significava usar o nome de outra pessoa e o pai respondeu que ele era o único da família com nome próprio. Pensando em fugir

dessa determinação, quis que o filho também tivesse nome próprio, todavia paradoxalmente escolheu para o filho a cópia de seu nome. Parecia que esta família tinha uma linguagem própria, sendo que seus membros passeavam pela linguagem de uma forma muito particular, idiossincrática.

A queixa dos pais era que P. havia se fechado em seu mundo pelo medo de errar e por ser perfeccionista e, para ajudá-lo, faziam esforços para entrar no seu mundo, contando com a facilidade de trabalharem em casa e na mesma profissão.

Quanto à sugestão de que o paciente realizasse outras atividades, a mãe informou que a família toda faria atividade física em um clube. Na tentativa de dialetizar seu discurso, contei-lhes minha primeira experiência de andar de ônibus, sozinha, aos doze anos, o que a surpreendeu, pois não imaginava seu filho sozinho. Desde a primeira sessão, P. demonstrou interesse por músicas de rock e, especialmente, pela banda Metallica, além de questionar meus interesses musicais. Após constatar que eu não gostava tanto da banda ACDC quanto ele, quis saber o que me desagradava no som da banda, marcando sua tentativa de fazer Um comigo, igualando nossos gostos musicais. Buscando sair desse lugar de Outro absoluto, incluí o gosto musical do meu marido e P. escreveu-lhe um bilhete solicitando que gravasse músicas do ACDC e do Metallica no meu celular.

Costumava ressaltar frases das músicas que considerava engraçadas, perigosas ou que lhe causavam medo, o que remeteu a dizer do medo que sentia de leão e da varanda da sua casa. No momento em que indaguei se ele ia lá, repetiu a minha pergunta e exclamou: “Foi você que disse isso!”, registrando a diferença do que eu falava e do que ele falava. Quando relatou um clipe do Metallica, cuja tradução é Frenético, relacionou ao modo como se sentiu quando as amigas do irmão não foram a sua festa, dizendo ter ficado ansioso e frenético como a música.

Por ter notáveis unhas grandes, fazer movimentos repetitivos com as mãos e um andar um tanto robotizado, certamente era uma pessoa que chamava a atenção na sala de espera, bem como nos corredores da clínica, mas, geralmente, tinha dificuldade de nomear suas expressões faciais e as dos outros.

Frases estereotipadas também estavam presentes, como quando disse “Às vezes a gente se engana”, e, após minha pergunta sobre quando isso teria acontecido, respondeu que nunca havia se enganado. Busquei exemplos sobre se enganar na tentativa de contextualizar a frase, que representava o discurso do inconsciente.

Quando eu explicava-lhe do que se tratavam tais expressões, dizia sua opinião, como quando soube o que era luxo, disse que o primo não estava um luxo, porque usava um cabelo feio.

Contou também que conheceu uma moça no casamento deste primo, afirmando que ela faria parte de sua vida, se não o esquecesse, era assim que concebia a possibilidade de se relacionar com alguém. Dito de outro modo, encontrou um meio de contar sobre o casamento, a partir da repetição de frases que, possivelmente, escutou lá, para encontrar sua própria amarração. Observei seu interesse em articular os assuntos a pessoas fora do *setting* analítico, além de apontar-lhe seu interesse sobre os outros profissionais que trabalhavam na clínica. Perguntei-lhe se ele gostaria de conhecê-los, repetiu a pergunta e eu, mais uma vez, afirmei que percebi que ele estava com vontade de conhecer outras pessoas e ele respondeu que sim. Escolheu tomar um café na padaria próxima, quando o apresentei a outros colegas da clínica. Ele respondia às perguntas, mostrando-se interessado e, às vezes, pedia que repetissem.

Passou a se interessar também pela opinião do meu marido, pedindo que eu contasse sobre sua saída da sala, ou seja, a inclusão de um terceiro na relação analítica possibilitou o aparecimento de seu desejo de conhecer outras pessoas. Manifestou interesse pelos meus passeios, certa vez disse que meu final-de-semana não precisava ser igual ao dele. Era necessário que isso fosse marcado o tempo todo, pois a tendência à colagem a minha fala era frequente.

Sugeri então que escrevesse suas preferências para reler nas sessões. Passou a escolher as músicas que ouviríamos no celular e afirmou que decidiria o momento de tirar a blusa, se sentisse calor, delineando um mínimo de autonomia. Devido a impedimentos apresentados pelos pais para continuidade dos atendimentos, eles anunciaram que, após as férias, P. não retornaria. Ele comentou que ficaria triste e sentiria minha falta, afinal as sessões estavam marcadas pela possibilidade de sair de casa e interagir com outras pessoas. Escreveu-me um bilhete desejando boas festas e que eu pudesse realizar meus sonhos no próximo ano. Após me entregar o cartão, falou do desejo de aprender a tocar bateria e de ter coleções de vídeos de desenhos, enfim, despediu-se marcando seu desejo singular.

Discussão

Inicialmente, o tratamento foi marcado pelo estranhamento entre analista e paciente, pois a posição clássica diante de sujeitos neuróticos, a qual interpela o analista a sustentar um *semblant* de causa de desejo, manejando, por vezes, o silêncio, não contribuiu em nada neste caso clínico.

Com o importante amparo da supervisão, compreendi que se tratava de um paciente psicótico e senti-me mais segura quanto a manejar a transferência, ocupando a posição de secretário do alienado, proposta por Lacan. A fala, do lado da analista, marcou uma aposta em relação às construções do paciente e implicava em nomeações que funcionavam como borda, permitindo certa estabilização.

A sessão com os pais contribuiu para a formulação da hipótese diagnóstica e, conforme Mannoni (1988), não é possível entender nada da psicose se não partir da maneira como o paciente, desde o nascimento, esteve preso ao jogo de palavras dos pais, já que o acesso ao simbólico só é possível mediante o Outro. No caso específico da escolha do nome, no afã de distanciar o filho da marca familiar, transgeracional, o pai transmitiu justamente a impossibilidade de diferenciação, imprimindo no filho a cópia exata de seu nome. O que fica excluída é justamente a diferença, o que determinou, nesse caso, a forclusão do Nome-do-Pai.

Na especificidade desse caso clínico, é importante sublinhar que não se trata de pensar que o pai não estava presente, pelo contrário, é notório o excesso de cuidados e a onipresença. Isso significa que é preciso que a função paterna e não o pai efetivamente apareça, já que a função pode ser exercida por outras pessoas.

O que se destaca é que o paciente não pôde servir-se do Nome-do-Pai, afinal o pai não ratificou a mensagem, garantindo que a lei se apresentasse como autônoma. Servir-se do Nome-do-Pai significa justamente poder diferenciar-se do pai, o que não se deu no caso de P., pois o pai, como um terceiro na relação mãe-criança, não privou a mãe de seu objeto – o filho. Não havia alternância nos discursos de ambos, nenhum corte naquela que se apresentava maciça ao filho. Como menciona (Lacan, 1957- 1958/1998, p. 584):

É a falta do Nome-do-Pai nesse lugar que, pelo furo que abre no significado, dá início à cascata de remanejamentos do significante de onde provém o desastre crescente do imaginário, até que seja alcançado o nível em que o significante e o significado se estabilizam na metáfora delirante.

Goidanich (2003, p. 67) comenta sobre a relação do psicótico com o Outro: “A alteridade o esmaga, o domina completamente, aniquilando a própria possibilidade de seguir existindo enquanto um sujeito que faz alguma barra frente ao Outro, um sujeito que impõe algum tipo de corte separador”.

As principais apostas do trabalho clínico, tanto em relação aos interesses musicais do paciente quanto à sua vontade de relacionar-se com outras pessoas, foram amparadas pelas discussões em supervisão e sustentadas pela orientação lacaniana concernente à clínica das psicoses. Maffili, Kyrilos Neto e Calazans (2014, p. 132-133) salientam que esse trabalho deve ser pautado pela ética: “o primeiro ponto dessa ética diz respeito a não retroceder frente à psicose; o segundo, tributário do primeiro, considerar o psicótico, antes de mais nada, um sujeito e seu delírio um trabalho que se constitui uma tentativa de cura e não a causa de sua patologia a ser suprimida”.

Circular por outros espaços foi um caminho singular escolhido por ele, a partir da minha disponibilidade para me fazer sua destinatária, e, como sustentam Maffili *et al.* (2014, p. 126), “o sujeito nos fornece as diretrizes ao seu próprio tratamento. É através de sua fala, de seus sintomas e de sua singularidade que emerge um saber próprio que conduzirá a saídas possíveis para o sofrimento que o atinge”.

Acolher e testemunhar a relação idiossincrática do paciente com a linguagem possibilitou a circulação da sua produção e, junto com ele, a busca de significantes que pudessem dialetizar sua posição subjetiva. Partindo do pressuposto de que o psicótico situa-se fora da lógica fálica, Maffili *et al.* (2014, p. 128) consideram que “As palavras constituem uma verdade absoluta para o psicótico que permanece perplexo diante dos significantes soltos”.

Ramirez (2004) menciona que é justamente devido à incompletude do Outro que o sujeito neurótico entra na linguagem, diferentemente do sujeito psicótico que, estando na linguagem, não pode fazer uso dela para estabelecer laços sociais, pois com a falta do primeiro significante, o Nome-do-Pai, os outros já não representam nada. Como salientam Lima, Mattos e Lima (2013, p. 155), “O psicótico, sem dúvida, está na linguagem, mas não podemos dizer que esteja inserido no discurso”.

À guisa de conclusão, é importante ressaltar que o tratamento de psicóticos será sempre uma aposta no caminho singular do desejo, manobrando o gozo do Outro absoluto e testemunhando o trabalho do sujeito em seus percursos possíveis. Postura

essa que se espera de um analista, ou seja, que ele também insista com seu desejo.

Referências

Calligaris, C. (2013). *Introdução a uma clínica diferencial das psicoses*. (2ª ed.). São Paulo: Zagodoni.

Freud, S. (1996a). *Sobre a psicoterapia*. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp. 263-278). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905)

Freud, S. (1996b). *Além do princípio de prazer*. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 11-85). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1920)

Freud, S. (1996c). *Neurose e psicose*. In J. Strachey (Ed.), *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 185-198). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1924)

Goidanich, M. (2003). Configurações do corpo nas psicoses. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 65-73.

Lacan, J. (1985). *Secretários do alienado*. In *O Seminário, livro 3: As psicoses (1955-1956)* (Cap. XVI, pp. 235-243). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1998). *De uma questão preliminar a todo tratamento possível da psicose*. In *Escritos (1957-1958)* (Cap. V, pp. 537-590). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lacan, J. (1999). *A forclusão do Nome-do-Pai*. In *O Seminário, livro 5: as formações do inconsciente (1957-1958)* (Cap. VIII, pp. 149-165). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Lima, F. M. S.; Mattos, A. C.; & Lima, S. C. (2013). A “Verwerfung” e sua incidência na clínica das psicoses. *Ecos: Estudos Contemporâneos da Subjetividade*. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 3(1), 153-159.

Maffili, R.; Kyrillos Neto, F.; & Calazans, R. (2014). A psicose e as construções delirantes no contexto institucional. *Clínica & Cultura*, III(2), 122-134.

Mannoni, M. (1988). *Educação impossível*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Quinet, A. (2006). *Psicose e laço social*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.

Rabinovitch, S. (2000). *A forclusão – presos do lado de fora*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

- Ramirez, H. H. A. (2004). Sobre a metáfora paterna e a forclusão do Nome-do-Pai: uma introdução. *Mental*, ano II (3), 89-105.
- Silva, K. C. B. (2006). Pratique à plusieurs: relato de uma experiência na instituição belga Le Courtil. *Imaginario*. São Paulo: NIME/LABI/IPUSP, 12(13), 419-425.

REDES DE PROTEÇÃO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO ÂMBITO NACIONAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Paula Orchiucci Miura¹¹⁶

Estefane Firmino de Oliveira Lima¹¹⁷

Kedma Augusto Martiniano Santos¹¹⁸

Mirella Cordeiro Moreira da Costa¹¹⁹

RESUMO

A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é um problema milenar, complexo, que atinge todas as classes sociais, raças e culturas. O trabalho em rede e a articulação entre os serviços envolvidos com a proteção dessa população ao longo dos anos foram observados por inúmeras pesquisas como inexistentes ou precários, potencializando em alguns casos a situação de violência intrafamiliar. Este trabalho teve como objetivo identificar e analisar com base na literatura nacional no período de 1990 a 2015 como as redes de proteção e/ou serviços atuam no enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Foi utilizado como método a revisão integrativa da literatura. As bases de dados online pesquisadas foram: Scielo, Lilacs (Portal BVS) e Capes. A amostra final foi composto por 15 artigos. Os resultados demonstraram a predominância de: pesquisas qualitativas; estudos na área da psicologia; pesquisas na região sudeste; serviços cujo atendimento privilegia a intervenção e o atendimento de crianças e adolescentes; carência de articulação entre os serviços. Conclui-se que é emergente a necessidade de articulação da rede de proteção e serviços que trabalham com atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência intrafamiliar, além de intervenção e serviços voltados para as famílias, comunidades e escolas.

Palavras-Chave: violência intrafamiliar contra criança e adolescente; rede de proteção; revisão integrativa.

INTRODUÇÃO

¹¹⁶ Professora Adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas.

¹¹⁷ Discente do curso de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas e colaboradora do PIBIC.

¹¹⁸ Discente do curso de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas e bolsista UFAL.

¹¹⁹ Discente do curso de Psicologia da Universidade Federal de Alagoas e bolsista CNPq.

A violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente se refere não apenas ao excesso de força física, sexual, verbal contra o outro, mas também à ausência de um investimento no cuidado e na preocupação com o outro que necessita de acolhimento emocional e cuidados físicos. Esse tipo de violência é um problema milenar e complexo, que ocorre ao longo do ciclo vital, em todas as regiões do mundo, sem distinção de classe social, grupo racial, nível econômico, educacional ou religião (Miura, 2012). A violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes é, inclusive, observada como um fator de risco para o desenvolvimento das psicopatologias (Hildebrand et al. 2015).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990), nos casos de violência intrafamiliar, aponta para a necessidade de um trabalho articulado entre as diversas instâncias que desenvolvem ações diretas e indiretas em prol do direito da criança e do adolescente. “A política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios” (artigo 86º). Porém, o que ainda se observa nos serviços de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes é um trabalho setorizado e verticalizado, onde a comunicação intersetorial e interinstitucional é precária ou inexistente (Miura, 2012; Njaine, Assis, Gomes & Minayo, 2007).

De acordo com Oliveira et al. (2006), a rede de proteção refere-se a uma atuação integrada entre instituições que fazem atendimentos a crianças, adolescentes e suas famílias, tais como: escolas, unidades básicas de saúde e programas em turno inverso à escola, entre outros. A constituição de redes de proteção e/ou serviços de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes por meio de constante comunicação, troca de informações intersetorial e interinstitucional; qualificação e supervisão permanente de casos e ampliação da participação de atores sociais nas instituições e comunidades parece ser algo distante da realidade (Njaine, Assis, Gomes & Minayo, 2007).

Para Rizzini (2007), uma rede integrada e articulada, juntamente com políticas públicas (como de saúde e educação), possibilitará um atendimento integral tanto à criança como ao adolescente e suas famílias. Pedersen (2008) salienta que a ação de uma rede efetiva não implica em um conjunto de instituições juntamente com seus profissionais atuando de maneira isolada. A efetividade seria recorrente em um grupo de instituições onde cada qual saberia o seu papel, sua finalidade, e desta feita, seria possível um trabalho em rede de forma descentralizada e horizontal.

Diante do exposto, esta pesquisa teve como objetivo identificar e analisar com base na literatura nacional no período de 1990 a 2015 como as redes de proteção e/ou serviços atuam no enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes nas principais bases de dados online.

MÉTODO

Foi utilizado o método de revisão integrativa da literatura baseado no referencial de Mendes, Silveira e Galvão (2008), que preconiza algumas etapas, quais sejam: identificação do tema da pesquisa; estabelecimentos de critérios de inclusão e exclusão; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação da revisão e síntese do conhecimento

As bases de dados *online* utilizadas foram: Scielo, Lilacs (Portal BVS) e Capes. O Portal BVS foi escolhido por vincular-se a outros bancos de dados como: Medline, Lilacs e Indexpsi Periódicos, minimizando as repetições e potencializando a pesquisa. O acesso à plataforma CAPES se deu por meio do cadastro pessoal dos pesquisadores, como uma ferramenta importante para coletar informações. As bases de dados selecionadas mostraram-se pertinentes para a investigação por atender às demandas dos setores acadêmicos e propiciar aumento nas produções científicas.

Para fazer parte da análise e discussão dos dados, os artigos deveriam apresentar os seguintes conteúdos: a) Descrever as redes de proteção e/ou serviços que atuam no enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes; e/ou b) Descrever as experiências resultantes da atuação da rede de proteção e/ou serviços que atuam no enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. Outro critério de inclusão utilizado foi: artigos científicos na língua portuguesa publicados no período de 1990 a 2015. Sendo excluídos materiais como livros, teses, dissertações e outras produções acadêmicas.

O levantamento bibliográfico foi realizado por meio da internet, sendo os artigos selecionados inicialmente por meio da leitura dos resumos, a qual foi feita de forma independente e cegada por duas pesquisadoras, seguindo de maneira rigorosa os critérios de inclusão e exclusão dos artigos (Sampaio & Mancini, 2007). As discordâncias na inclusão ou exclusão dos artigos nesta primeira etapa foram solucionadas pela avaliação do grupo de pesquisa. Em uma segunda etapa, a leitura dos artigos foi realizada na íntegra para verificar se contemplavam os conteúdos propostos por essa pesquisa.

Para a análise dos artigos das bases de dados *online* foi utilizado o instrumento de coleta sugerido por Apostólico, Egry e Silva (2013), o qual foi adaptado para a presente pesquisa com base no instrumento validado por Ursi (2005) e pelo Protocolo da Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em situação de Risco para a violência (2008). O instrumento continha informações sobre o artigo – autor(es), ano de publicação, título do periódico, área da revista científica, banco de dados onde foi encontrado, tipo de estudo, idioma, setor responsável pela intervenção, país e objetivo do estudo – e da pesquisa desenvolvida – natureza da violência apresentada, objetivo do serviço, população do estudo, avaliação do rigor metodológico e tratamento de dados. É importante salientar que essa ferramenta foi submetida à avaliação e modificações no início e decorrer da pesquisa para atender às peculiaridades dos documentos encontrados.

Este instrumento utilizado para catalogação dos artigos permitiu uma análise quantitativa e qualitativa dos artigos, as quais se complementaram. A análise quantitativa foi realizada diante dos seguintes aspectos: banco de dados; ano do artigo; área da revista; tipo de violência pesquisada; método utilizado; público alvo da intervenção e/ou serviço; disposição geográfica dos autores e dos estudos investigados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A pesquisa foi realizada no mês de setembro de 2015 nos seguintes dias: 05 e 08 no banco de dados da Scielo; 7 e 15 no Portal da Capes; e 15 e 17 banco de dados BVS. Os descritores utilizados foram os seguintes: “Violência intrafamiliar e crianças e adolescentes AND violência doméstica e crianças e adolescentes”. A escolha por descritores mais abrangentes se deu porque o uso de descritores mais específicos acabou restringindo significativamente a quantidade de artigos e os artigos encontrados não contemplavam o problema de pesquisa. Assim, com o uso de descritores mais amplos foi possível obter um resultado com maior número de artigos e, principalmente, que contemplassem a pergunta de pesquisa.

A quantidade total de artigos no período de 1990-2015 observados no portal BVS foi de 996 artigos, 125 artigos no portal CAPES, e o banco de dados Scielo teve um total de 54 artigos. Após a leitura dos resumos, foram incluídos 25 documentos na amostra inicial. Tendo em vista o refinamento da amostra, foi realizada leitura na íntegra dos 25 documentos selecionados. Ao término desse processo restaram 15 artigos na amostra final.

As áreas da revista onde foram publicados os 15 artigos são: Psicologia, Enfermagem e Saúde Coletiva/Pública. Das três áreas observadas, a Psicologia apresentou seis das produções, a Saúde Coletiva/Pública cinco e a Enfermagem quatro publicações. As revistas referentes à área da Psicologia foram: Psicologia USP; Psicologia: Teoria e Pesquisa; Psicologia Clínica; Psicologia em Estudo; Psicologia: Reflexão Crítica e Psicologia: Ciência e Profissão. As revistas da Enfermagem foram: Revista Latino Americana de Enfermagem [online]; Revista Escola de Enfermagem da USP; Revista Eletrônica de Enfermagem e Revista Brasileira de Enfermagem. E as revistas da Saúde Coletiva/Pública Saúde foram: Cadernos de Saúde Pública; Revista de Saúde Pública; Ciência e Saúde Coletiva e Saúde e Sociedade.

Percebeu-se com esse resultado uma hegemonia de publicações na área da saúde, pois considerando Enfermagem e Saúde Coletiva/Pública como pertencentes a essa área, são nove artigos de 15 da amostra final. Esse resultado corrobora com diversas pesquisas visto que essa temática é vista no Brasil como um problema de saúde pública a partir da década de 1980 (Minayo & Souza, 1999; Habigzang, Azevedo, Koller & Machado, 2006), podendo ser esta a justificativa de predominância de trabalhos na área da saúde. No entanto, Dahlberg & LKrug (2006) apontam que a violência requer um trabalho interdisciplinar, com a atuação de diversas áreas, como a medicina, a epidemiologia, a sociologia, a psicologia, a criminologia, a educação e a economia.

Em relação ao tipo de estudo presente na amostra, 11 dos 15 artigos apresentam abordagem qualitativa, as abordagens Quantitativa/Qualitativa e Quantitativa apresentaram um artigo cada e dois relatos de experiência. Os achados apontam para uma tendência de abordagem qualitativa em pesquisas sobre a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes. No entanto, autores apontam que a utilização de métodos qualitativos e quantitativos combinadamente pode facilitar a comparabilidade entre variados estudos, em especial entre populações diferentes (Schraiber, D'Oliveira & Couto, 2006; Minayo & Sanches, 1993).

Com relação à natureza da violência, oito das produções coletadas evidenciam a violência sexual. A violência física foi abordada em cinco artigos, a violência psicológica em quatro, a negligência também apareceu em quatro e a violência conjugal foi observada em um artigo. Em quatro artigos não se especificou o tipo de violência. Entretanto, observa-se que o estudo de mais de uma violência apareceu em 10 dos 15 artigos pesquisados. Assim notou-se que a maioria dos serviços/programas, referente ao tipo de violência apresentada nos artigos da amostra final, trabalhava

combatendo diversos tipos de violência e não apenas um. Estudos apontam o predomínio da negligência e violência física (Nunes & Sales, 2016; Garbin, Rovida, Joaquim, Paula & Queiroz, 2011). A violência física tem alta prevalência e tem sido descrita na literatura como preocupante (Gawryszewski et al., 2012).

Quanto ao público alvo das intervenções, oito estudos apresentaram crianças e adolescentes como públicos alvo, quatro pesquisas abrangeram as famílias como participantes, sendo que destas apenas um estudo incluiu o agressor. Um estudo não especificou a idade dos participantes, e seu público foram vítimas de violência sexual. Uma pesquisa foi realizada com profissionais e um estudo tem como foco a análise de desempenho dos serviços. Notam-se poucas intervenções direcionadas à família e ausência de serviços e programas que atuem em parceria com escolas e comunidades.

Com relação à localização da instituição dos pesquisadores foi identificada uma predominância dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, com seis e três trabalhos respectivamente. Os Estados de Brasília e Rio Grande do Sul apresentaram dois trabalhos cada. O Estado da Bahia apareceu apenas em um dos trabalhos analisado. Portugal igualmente aparece em uma das publicações analisadas. Desse modo, examina-se que na região sudeste há uma preponderância de pesquisas nesta temática dentre as outras regiões do país. Não houve estudo na região norte e nota-se a presença de apenas um país estrangeiro nos dados coletados.

Quanto ao local onde foram realizadas as pesquisas o Estado de São Paulo apresenta novamente uma predominância entre os estudos, sendo identificado em sete estudos. Os estados do Rio de Janeiro e Brasília apresentaram dois estudos cada. O país de Portugal, assim como os Estados de Bahia e Rio Grande do Sul, apresenta um registro cada. Somente um dos estudos não esclarece o local da pesquisa. Os dados acima evidenciam uma preeminência de estudos efetuados no mesmo local das instituições dos respectivos pesquisadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com base na revisão da literatura nacional no período de 1990-2015, foi possível identificar e analisar como as redes de proteção e/ou serviços atuam no enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

Observou-se também a predominância das pesquisas na região sudeste, demonstrando falta de incentivo desse tipo da pesquisa nas demais regiões do Brasil. Por ser a temática desta pesquisa um problema multifacetado e complexo, é requerida

uma atuação multidisciplinar e interdisciplinar, principalmente, nas áreas da assistência social, do direito, da educação, onde percebeu-se carência de pesquisas nestes outros campos.

A pesquisa realizada confirma o pressuposto de que os serviços de enfrentamento da violência contra crianças e adolescentes ainda continuam com precária ou inexistente comunicação intersetorial e interinstitucional. Pode-se dizer ainda que existem lacunas de conhecimento em trabalhos sobre a atuação das redes de proteção voltadas para o público desta pesquisa, ao se levar em consideração a importância desta para a qualidade do cuidado prestado a crianças e adolescentes, além da prevenção contra a violência intrafamiliar.

Referente ao público, as crianças e adolescentes pontuaram como sendo um alvo predominante dos serviços/programas vistos por meio desta revisão integrativa. Evidenciando, assim, a falta de intervenções e serviços voltados para as famílias, escolas e comunidades, em conjunto com crianças e adolescente.

Por tratar-se de um tema relevante para a sociedade, seria interessante manter atualizações sobre pesquisas nesta área e desenvolver estudos que articulem as redes e/ou serviços que possibilitem trabalhos de prevenção no enfrentamento da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apostólico, M. R., Egry, E. Y., & Silva, C. F. (2013). Maneiras de enfrentar a violência infantil: uma revisão integrativa. In: XIII Congresso Paulista de Saúde Pública, São Paulo - SP. Saúde e Sociedade - *Anais do XIII Congresso Paulista de Saúde Pública*, 2, 201-202.
- Araújo, M. F.. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicol. Estud. [online]*, 7(2), 3-11.
- Barrientos, D. M. S.; Miura, P. O.; Dias, V. M.; Egry, E. Y. (2014). How do primary health care professionals deal with pregnant women who are victims of domestic violence? *Revista Latinoamericana de Enfermagem (Online)*. 22, 448-453.
- Barrientos, D. M. S.; Miura, P. O.; Gemma, M.; Silva, B. A.; Tardivo, L. S. L. P. C. (2013). Compreendendo a Gravidez na Adolescência e as Situações de Violência de Intrafamiliar. *Indagatio Didactica*, 5, 392-406.
- Brito, A. M. M., Zanetta, D. M. T.; Mendonça, R. D. C. V., Barisoni, S. Z. P., & Andrade, V. A. G. (2005). Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciênc. saúde coletiva*, 10(1), 143-149.

- Carlos, D. M., Ferriani, M. D. G. C., Esteves, M. R., Silva, L. M. P. D., & Scatena, L. (2014). O apoio social sob a ótica de adolescentes vítimas de violência doméstica. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 48(4), 610-617.
- Costa, L. F., Penso, M. A., & Almeida, T. M. C. (2005). O Grupo Multifamiliar como um método de intervenção em situações de abuso sexual infantil. *Psicologia USP*, 16(4), 121-146.
- Coutinho, M. J., & Sani, A. I. (2010). Casa abrigo: a solução ou o problema?. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 633-641.
- Deslandes, S. F.. (1994). Atenção a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica: análise de um serviço. *Cad. Saúde Pública [online]*, 10(1), 177-187.
- Deslandes, S. F., Mendes, C. H. F., & Luz, E. S. D. (2014). Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(3), 865-874.
- Faria, A. L., Araújo, C. A. A., & Baptista V. H. (2008). Assistência à vítima de violência sexual: a experiência da Universidade de Taubaté. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(4), 1138-43.
- Ferriani, M. G. C., Bertolucci, A. P., & Silva, M. A. I. (2008). Assistência em saúde às crianças e adolescentes abrigados em Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de enfermagem*, 61(3), 342-348.
- Garbin, C. A. S., Rovida, T. A. S., Joaquim, R. C., Paula, A. M. & Queiroz, A. P. D. G.. (2011). Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(4), 665-670. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000400006>.
- Gawryszewski, V. P., Valencich, D. M. O., Carnevalle, C. V., & Marcopito, L. F.. (2012). Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58(6), 659-665. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000600009>
- Goncalves, H. S; Ferreira, A. L; Marques, M. J. V.(1999). Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública [online]*, 33(6), 547-553.
- Habigzang, L. F., Azevedo, G. A., Koller, S. H., & Machado, P. X. (2006). Fatores de risco e de proteção na rede de atendimento a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. *Psicologia Reflexão Crítica*, 19(3), 379-386.
- Habigzang, L. F., Hatzenberger, R., Corte, F. D., Stroehrer, F., & Koller, S.. (2006). Grupoterapia cognitivo-comportamental para meninas vítimas de abuso sexual:

- descrição de um modelo de intervenção. *Psicologia Clínica*, 18(2), 163- 182. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652006000200012>
- Hildebrand, N. A., Celeri, E. H. R. V., Morcillo, A. M., & Zanolli, M. L.. (2015). Violência doméstica e risco para problemas de saúde mental em crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 28(2), 213-221.
- Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (1990). Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado em 11 de agosto, 2015 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
- Machado, J. C., Rodrigues, V. P. , Vilela, A. B. A., Simões A. V.; Moraes, R. L. G. L., & Rocha, E. N. (2014). Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família. *Saúde e sociedade*, 23(3), 828- 840.
- Mendes, K. D. S.; Silveira, R. C. C. P.; Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, 17(4), 758-64.
- Minayo, M. C. S., & Sanches, O.. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 237-248. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>.
- Miura, P. O. (2014). Ações Terapêuticas Baseadas em Winnicott: estudo de caso de violência intrafamiliar. *Rabisco: revista de psicanálise*, 4, 290-291.
- Miura, P. O. A violência intrafamiliar no Brasil e Portugal: uma avaliação das ações terapêuticas a partir de duas cidades, Arujá e Coimbra. Tese de Doutorado. Curso de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, 2012.
- Njaine, K., Assis, S. G., Gomes, R., & Minayo, M. C. S.. (2006). Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Suppl.), 1313-1322. <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000500020>.
- Nunes, A. J., & Sales, M. C. V.. (2016). Violência contra crianças no cenário brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3), 871-880. <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015213.08182014>.
- Oliveira, V. L. A. et al. (2006). Redes de Proteção: Novo paradigma de atuação – experiência de Curitiba. In: Lima, C. (Coord.). Violência faz mal a saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p. 143-150.
- Pedersen, J. R. (2008). Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes: a busca pela garantia dos direitos da população infantojuvenil. In: Mendes, L. M.; Marcheza, N. A. (Org.). Expressão de violência e seu

enfrentamento no CREAS/Centro de Referência Especializado da Assistência Social. Passo Fundo: Méritos. p. 19-37.

Rizzini, I. (Coord.). (2007). Acolhendo crianças e adolescentes: experiências de promoção do direito à convivência familiar e comunitária no Brasil. 2. ed. São Paulo: Cortez.

Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., & Couto, M. T.. (2006). Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Revista de Saúde Pública*, 40(spe), 112-120. <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000400016>.

Minayo, M. C. S., & Sanches, O.. (1993). Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(3), 237-248. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1993000300002>.

Tarouquella, K. C. ; Brasil, D. M. A.; Gusmão, M. M. ; Oliveira, R. M.; Medeiros, M. O.; Novaes, C.; & Belfort, L.. (2003). O trabalho interdisciplinar no contexto da exclusão. *Psicol. Cienc. Prof. [online]*, 23(3), 90-97.

Ursi, E.S. (2005). Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Vendruscolo, T. S.; Ribeiro, M. A.; Armond, L.C.; Almeida. E. C. S.; & Ferriani, M. G. C. (2004). As políticas sociais e a violência: uma proposta de Ribeirão Preto. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]*, 12(3), 564-567.

O BRINCAR NA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA: UM ESTUDO DE CASO CLÍNICO COM QUEIXA DE AGRESSIVIDADE^{120; 121}

Hilda Rosa Capelão Avoglia

Eduardo Marchese Damini

Carolina de Fátima Tse

Resumo

Na perspectiva psicanalítica é fundamental compreender o brincar no processo de análise infantil, sendo considerado uma via de acesso ao inconsciente tão relevante quanto os sonhos. O brincar estabelece a possibilidade de analisar crianças a partir dos estudos de Melanie Klein, contrariando Freud em seus trabalhos de analisar somente indivíduos adultos. O presente estudo tem como objetivo apresentar o brincar como procedimento utilizado na clínica psicanalítica em um caso de agressividade. Trata-se de um estudo de caso de um menino de 3 anos de idade, com queixa de agressividade excessiva e dificuldade de lidar com regras. O registro das sessões foi analisado articulando fragmentos clínicos sobre os movimentos do brincar da criança no decorrer das sessões, de modo a clarificar e ilustrar os aportes teóricos que sustentam a estratégia lúdica. A criança comunicou seus conflitos e o espaço analítico foi se configurando para emergir suas fantasias inconscientes. Este caso, convoca a reflexão do analista na compreensão da forma como a criança se apropria de seus recursos simbólicos como tentativas de elaboração de seus próprios conteúdos conflituosos.

Palavras-chave: Desenvolvimento Infantil; Agressividade; Psicoterapia Infantil.

Introdução

A partir da perspectiva psicanalítica, “o brincar” no processo de análise infantil é tão relevante quanto os sonhos como via de acesso ao inconsciente. Foi pelo “brincar” que se estabeleceu a possibilidade de analisar crianças, dada as contribuições dos estudos de Melanie Klein; e que, por sua vez contrariou Freud e sua compreensão de somente ser possível analisar adultos.

O presente trabalho tem o objetivo de apresentar “o brincar” como procedimento

¹²⁰ Trabalho premiado pela Comissão Científica – na sessão de Poster da 14ª Jornada APOIAR

¹²¹ Universidade Metodista de São Paulo

utilizado na clínica psicanalítica, ilustrado com um estudo de caso clínico envolvendo queixa de agressividade, encaminhado ao atendimento psicológico pela escola.

A escolha do caso deve-se à minha compreensão de que esta criança revelava-se com extrema necessidade de comunicar seus próprios conflitos e, deste modo, o processo de análise foi garantindo-lhe espaço para que emergisse suas fantasias inconscientes, no tempo em que a criança apropriava-se do brincar como recurso simbólico, numa busca de elaboração de conteúdos conflituosos.

Assim, antes de apresentar a narrativa do caso, faz-se necessário tecer algumas considerações acerca do próprio brincar em psicanálise.

O brincar em psicanálise

O brincar como técnica analítica foi inaugurada por Melanie Klein; entretanto, cabe lembrar que o próprio Sigmund Freud, conforme citou Gueller (2013), ao narrar o *Fort-da*, já havia demonstrado o jogo e suas possibilidades como algo a mais que uma mera atividade sem nenhum fundamento para a criança. Dessa forma, pode-se pensar que o gérmen que deu origem aos pensamentos Kleinianos acerca da análise infantil já teriam sido disparados por Freud; assim, mesmo em análise Klein seria fundamentada nos conceitos Freudianos.

Entre as contribuições kleinianas encontramos um atendimento de uma menina de sete anos, inibida e com baixo aproveitamento escolar, que passou a faltar às aulas e tornou difícil o bom contato que tinha com a mãe. Para Simon e Yamamoto (2012) essa criança foi analisada por Melanie Klein, que durante os atendimentos observou que a criança não desenhava e falava pouco. Em uma sessão, diante da dificuldade em trabalhar com a criança, Klein retira-se da sala e retorna com alguns brinquedos (bonecos, carrinhos, cubos e um trenzinho) e colocou-os em uma caixa. A partir disso, foi Interpretando os bonequinhos que a menina manuseava: um era a paciente e o outro, um colega de escola, foi assim, que a analista foi compreendendo que existia um segredo. Klein observou que conforme a brincadeira se repetia, aumentava-se a angústia da pequena paciente.

Assim, Klein passou a interpretar as angústias para a paciente, apontando-lhe que existia um segredo e que ela receava que a professora pudesse descobrir; além do que, ela temia a punição materna e, por conseguinte, temia a própria analista. Klein percebeu que isso aumentava a angústia da criança, contudo, percebeu em seguida que tais sentimentos diminuía, a menina parecia mais relaxada e mudava inclusive a expressão

facial (Simon, Yamamoto, 2012).

Nessa mesma linha de raciocínio, Hinshewood (1992) comenta que foi a partir dos estudos de Klein que a liberdade de brincar pôde substituir as associações livres; assim, as fantasias da criança podem ser expressas nos brinquedos. O autor ainda discute o fato de que a brincadeira é uma maneira da criança expressar o seu mundo interno, assim sendo, a interpretação do brincar corresponde à interpretação dos conteúdos das fantasias e o seu simbolismo. Também Aberastury (1982) explica que as interpretações têm o poder de modificar a ansiedade infantil associada à fantasia inconsciente. Comenta ainda que a interpretação do analista funciona como reveladora da fantasia, além de que a interpretação do brincar é uma forma da criança diminuir seu grau de fixação a essa fantasia inconsciente e aos objetos a ela associados.

Mais modernamente, Souza (2008) explica que Klein também entende o brincar como uma forma de defesa para enfrentar as angústias geradas por pressões superegóicas. Deste modo, o fato de criar personagens, e o próprio jogo permitem dissociar ou separar identificações contraditórias que a criança ainda não é capaz de integrar. Essa dificuldade de integração é vivida como alguém bom e alguém mau (seio bom, seio mau, mãe boa e má); assim, ao projetar essas imagens por meio das personagens, a criança atenua o conflito entre o ego e o superego, e passa a conseguir lidar com os objetos de forma distinta.

Atenta ainda Souza (2008) que o jogo tem uma função de defesa para auxiliar o ego no enfrentamento das angústias geradas pela rigidez do superego. Além de que, o jogo também tem um caráter de elaboração, pois, por meio da simbolização, a criança desloca seus conteúdos de angústia para o meio externo, criando personagens para lidar com as contradições, culpas e fantasias; sendo assim, o jogo para Klein não é apenas simbólico, mas uma forma de expressão e comunicação. Aberastury (1982) também já havia afirmado que a criança, na sessão, comunica sua fantasia inconsciente de cura e de enfermidade; de modo que, o terapeuta há de se atentar não só para o simbolismo, mas para o que a criança quer comunicar, pois ela ainda se encontra em um período pré-verbal, tendo o brincar como forma de expressão.

Arrematando, podemos entender, tal como Souza (2008, p.130) que na teoria kleiniana, o jogo ou o brincar adquirem as funções de:

- Representação das fantasias, desejos e experiências;

- Fomentação ou estimulação de mecanismos de defesa, tais como cisão, dissociação e projeção, proporcionando assim que a criança separe as figuras parentais internas que são contraditórias, expulsando-as do seu mundo interno e aliviando a pressão superegóica;
- Satisfação e descarga das fantasias, dando prazer e alívio.
- Sujeição para a compulsão à repetição
- Condução para a sublimação por meio da simbolização.

Utilizando dos conceitos dessa mesma autora, pode-se entender que é no brincar que está a possibilidade de representar, transformando os conteúdos da criança, a expressão e o contato com a realidade; de forma que o brincar é, além de uma forma de demonstração das angústias e ansiedades vivenciadas, também uma forma de elaboração.

Ante as contribuições antes descritas, passo a relatar um recorte do caso de uma criança de 3 anos e oito meses a que chamei, de forma fictícia, de Marcos a fim de preservar sua identidade e enaltecer a ética clínica em psicologia e psicanálise.

Objetivo

Apresentar o brincar como procedimento utilizado na clínica psicanalítica em um estudo de caso clínico envolvendo a agressividade.

Método

Trata-se de um estudo de caso de um menino de 3 anos de idade, com queixa de agressividade excessiva e dificuldade de lidar com regras.

O registro das sessões foi analisado articulando fragmentos clínicos sobre os movimentos do brincar da criança no decorrer das sessões, de modo a clarificar e ilustrar os aportes teóricos que sustentam a estratégia lúdica.

Resultados e Discussão

O caso Marcos: o brincar e a agressividade

Marcos contava 3 anos e 8 meses de idade, estava já na pré-escola (nível 2- pois já contava mais de um ano de frequência na escola). Chegou ao consultório encaminhado pela escola, pois se comportava com agressividade no ambiente e tinha muitas dificuldades em lidar com regras. Iniciei o caso com entrevistas com os pais e depois com sessões livres com a criança.

Nas “*entrevistas iniciais com os pais*”, esses trouxeram a queixa de que a criança vinha lhes “dando muito trabalho”, pois apresentava problemas de comportamento. Tanto que a mãe expressa:

“Viemos porque o Marcos está com problemas na escola. Na escola ele tá dando muito trabalho, ele é da escola que eu dou aula e lá ... por exemplo, na hora da fila ele não para, corre, grita, xinga [...] Foi tão difícil que a diretora falou que eu tinha que dar um jeito [...] . Estou com problemas pelo mau comportamento do Marcos, a diretora já falou isso pra mim, chamou minha atenção [...]” (sic)

Os pais trazem uma queixa bem marcada ‘de que Marcos dava trabalho para eles, para escola’. Acolhi-os, pois estavam muito ansiosos e marcamos a sessão com Marcos.

Na Primeira Sessão com Marcos:

Os materiais da caixa lúdica estavam sobre a mesa. Marcos adentra a sala, explico-lhe que aqueles objetos eram para ele brincar. Ele então aponta para uma bola e em seguida toma uma espada plástica nas mãos. Sobre a mesa ainda estavam dispostos materiais gráficos e alguns brinquedos como: carrinhos, bonecos, fogãozinho, panelinhas. Havia dois apitos e ele os pega e sopra. Nesse momento eu digo:

A:¹²² *“Quem você está chamando?”*

M: *“meu papai”* .

Marcos alterna o apito dizendo que está chamando a mãe. Essa brincadeira de chamar os pais se repete ao longo do atendimento. E eu intervenho:

A: *Parece que você gostaria de dizer algo a eles [...] parece importante que eles estejam com você [...] o que será que você que você que dizer pro papai e mamãe? [...]*”.

Marcos disse então que iria desenhar, e fez algumas garatujas, mas foi capaz de nomeá-las. Eu o questiono para que dissesse quem eram, e eis que ele diz:

¹²² LEGENDA (A = analista; M= Marcos)

M: *“É um monstro! O monstro é bonzinho, mas é mau também [...]” e nomeia esses monstro ora bons, ora maus.*

Na Segunda Sessão

Marcos dirige-se ao kit gráfico, toma-o e começa a desenhar; diz espontaneamente:

M: *“Eu to desenhando o papai, eu to fazendo um monstro. O monstro tá bravo, tá brigando [...] agora vou desenhar a mamãe, ela tem um segredo”.*

Após, deixa o papel de lado, toma a tinta guache e começa a pintar (passar tinta) em uma de suas mãos; em seguida, pinta a outra e depois colore seus próprios braços e diz: *“Eu sou o monstro.....,*

Neste momento eu digo:

A: *“Marcos, às vezes os monstros fazem algumas coisas que a gente não entende”;*

M: *“Eu sou o monstro, o monstro é mau as vezes o monstro é mau, mas o monstro é bonzinho também”.*

Nas sessões seguintes, Marcos continua desenhando os monstros, ora bons, ora maus.

Por volta da sétima sessão

Marcos pega as folhas e desenha, nomeia as garatujas como “ os monstros” e diz que esses monstros eram maus e briguentos. Também pega um rolo de fita crepe e pede para que eu corte pequenos pedaços. Eu os corto e entrego-lhe os pedaços. Assim Marcos segue colando os pedaços de fita crepe sobre os monstros. Pergunto-lhe então o que estava fazendo, e que Marcos responde:

M: *“To cobrindo”*,. Eu então digo:

A: *“Os monstros quando estão descobertos ficam bravos; na escola eles chutam, gritam, ficam bravos”.* Eis que Marcos assente.

Nessa sessão, Marcos passa grande parte do tempo cobrindo os monstros que desenha.

Nas sessões seguintes, Marcos repete muito essas atividades lúdicas de cobrir os monstros com fita crepe ou mesmo outras brincadeiras similares. Isso segue até por volta da 12ª. Sessão. Após, Marcos passa a se interessar e brincar com outros objetos, como blocos em construção de casas.

Marcos permaneceu comigo por mais 06 meses, seguindo-se em um visível crescimento/desenvolvimento - no sentido de diminuição da ansiedade. Em contato com

a escola, seus dirigentes anunciaram que Marcos vinha manifestando comportamentos mais sociáveis, aceitava melhor as regras de convivência grupal e não mais apresentou episódios agressivos. Entretanto, após esse tempo de análise os pais resolveram interromper o processo após um total de 9 meses. Alegaram problemas financeiros.

A seguir recorro a uma breve análise do processo de brincar de Marcos. Embora o caso possa ser visto sob alguns vértices de interpretação, o meu intento, como explicado no início deste texto, refere-se à discussão do “brincar” e suas possibilidades terapêuticas.

Alguns apontamentos sobre o brincar no caso Marcos

Foi possível observar durante a análise que o brincar de Marcos expressou a dualidade humana e a cisão dos objetos bons e maus, didaticamente descritos por Melanie Klein. *“As vezes o monstro é mau, mas o monstro é bonzinho também”* (como expressara Marcos).

Também foi possível dirigir um olhar para o fato de esse brincar possibilitou-nos a compreensão de que o paciente comunicava suas fantasias inconscientes; mas ao mesmo tempo ele pôde vivenciá-las. O brincar na sessão possibilitou que Marcos expressasse os seus objetos internalizados - ainda de forma cindida, pois os monstros pareciam representar seus impulsos primitivos (ora revelados como ameaçadores, destrutivos, ora bonzinhos e apaziguadores) configurando suas experiências da posição esquizoparaóides..

Também é interessante lembrar, na leitura desse recorte clínico, das contribuições de Aberastury (1982) quando explica que a criança é capaz de comunicar suas fantasias inconscientes de cura e de enfermidade. Nesse sentido, compreendo que Marcos comunica, além de seus impulsos destrutivos, também a fantasia de cura – que é expressa na forma de cobrir os monstros com a fita adesiva. Ainda em seu precoce desenvolvimento, os recursos de negação, cisão dos objetos são vivenciados e novamente vivenciados como uma forma de repetição que pode chegar, mais tarde, à elaboração. E nesse sentido é possível lembrar Souza (2008) quando descreve que o próprio brincar na análise fomenta mecanismos de defesa (como cisão, dissociação e projeção), o que possibilita que a criança separe as figuras parentais internas que são contraditórias (monstros bons e maus), expulsando-as do seu mundo interno buscando alívio de suas angústias.

Os monstros são nomeações constantes nas sessões e indicam a tentativa de elaborar os conteúdos persecutórios. A constância da temática pode ser compreendida com as contribuições de Souza (2008) ao explicar que a criança obedece a compulsão a repetição, já que o conteúdo precisa ser repetido diversas vezes; as crianças vão se identificando, projetando, deslocando seus conteúdos como uma forma de elaboração. No caso de Marcos, parece que os monstros que emergem repetidas vezes e a continência possibilitada pela própria análise e pela liberdade de brincar podem ser pensados nessa perspectiva.

As interpretações – no sentido de compreensão e de continência pareceram possibilitar à criança um encaminhamento para elaboração de fantasias destrutivas simbolizadas nas brincadeiras (nesse sentido, Marcos pôde, ao buscar vias de expressão na análise, apaziguar o comportamento agressivo e pouco sociável que apresentava na escola). Também aqui lembramos Aberastury (1992) ao descrever que as interpretações modificam a ansiedade infantil associada à fantasia inconsciente.

A partir das discussões levantas acerca do caso demonstrado, é possível compreender a forma como o brincar oferece recursos para o paciente comunicar seus conteúdos internos. Parece claro que o brincar na clínica psicanalítica infantil demonstra as fantasias inconscientes, se apresenta como forma de expressão de angústias, desejos; além disso, tem caráter elaborativo.

O objetivo do presente trabalho, ou seja, analisar fragmentos clínicos de um paciente parece ter ilustrado um pouco dessa compreensão analítica, na medida em foi possível compreender o brincar se configurando como uma necessidade da criança expressar seus objetos bons/maus e uma possibilidade de encaminhamento para integração.

Referências

Aberastury, A. (1982). *Psicanálise da criança*. Porto Alegre: Artmed.

Hinsewood, R.D.(1992). *O dicionário do pensamento Kleiniano*. Porto alegre: Artes médicas.

Gueller, A.S. (1993). O jogo do jogo. In: Gueller, A.S.; Souza, A.S. (Orgs) (1993). *Psicanálise com crianças: perspectivas teóricos-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo. P.153-169.

Simon, R.; Yamamoto, K. (2012). Temas básicos da Psicologia: *introdução à psicanálise: Melanie Klein*. São. Paulo: EPU.

Souza, S.L.A. (1993). Rumo à possibilidade de análises com crianças. In: Gueller, A.S.; Souza, A.S. (Orgs).(1993). *Psicanálise com crianças: perspectivas teóricas-clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 125-136

**REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (RAPS) –
O DESAFIO DA IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL PAUTADA NA
REFORMA PSIQUIÁTRICA ANTIMANICOMIAL NO MUNICÍPIO DE JANDIRA^{123 124}**

Valéria Araújo da Silva¹²⁵

Sílvia Regina Bertolini¹²⁶

Resumo

Trata de estudo descritivo e retrospectivo abordando a implantação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), segundo as normas e diretrizes da política de saúde mental, portaria ministerial nº 3088 de dezembro de 2011, no município de Jandira, da região metropolitana de São Paulo, Rota dos Bandeirantes. O estudo pretende os avanços em acesso a serviços de saúde posterior à implantação da raps, bem como as dificuldades e limites dessa implantação. Para execução da pesquisa serão utilizadas informações dos sistemas de informação do SUS, atas de reuniões do colegiado de gestão regional, plano estadual de saúde, plano municipal de saúde. O resultado do projeto poderá auxiliar os gestores e técnicos da região em aperfeiçoar a continuidade da implantação da RAPS comprometida com acesso e integralidade da atenção.

Palavras chaves: RAPS, Rede, Psicossocial

Introdução

Em 20 anos de SUS, um dos desafios que permanece para o sistema é garantir a equidade das ações e serviços de saúde ofertados à população com transtornos mentais. Para enfrentar esse desafio no âmbito da saúde mental, o Ministério da Saúde lança a Portaria 3088 de 23/12/11, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que propõe a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

¹²³ Estado de São Paulo, 2013.

¹²⁴ Projeto de pesquisa de trabalho de conclusão de curso (TCC) do curso de gestão em saúde, da Universidade Aberta Do Brasil – Da Universidade Federal De São Paulo – UNIFESP.

¹²⁵ Psicóloga - aluna do Curso de Especialização de Gestão em Saúde da UAB/UNIFESP;

¹²⁶ Professora orientadora do Curso de Especialização de Gestão em Saúde da UAB/UNIFESP; Leonardo Dias Nunes, tutor orientador do Curso de Especialização de Gestão em Saúde da UAB/UNIFESP.

A implantação de uma Política de Saúde Mental pautada na Reforma Psiquiátrica Antimanicomial no município de Jandira deve estar de acordo com a Portaria 3088 que estabelece diretrizes para estas ações, bem como a organização da rede de atenção psicossocial com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde mental em consonância com a matriz diagnóstica do município.

O desafio do Município de Jandira é a implantação e a reorganização da Rede psicossocial Municipal em todos os pontos de atenção preconizados de acordo com o Plano de Atenção Psicossocial RRAS 5 Rota dos Bandeirantes aprovado através da Deliberação CIB 87, publicada em 04/12/2012 e com os princípios da reforma psiquiátrica e do SUS para a saúde mental. Desta forma, este trabalho tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais pessoas e/ou com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas e acesso aos serviços da rede psicossocial.

Metodologia

Estudo descritivo, retrospectivo de caráter exploratório tendo como fonte de informações os sistemas de informações do SUS, planos estaduais e municipal de saúde, comparando o cenário de atenção psicossocial aos municípios de Jandira de 2013 ao anterior à raps. Para a comparação serão utilizados indicadores de estrutura e de resultado na dimensão acesso. Para análise dos dados será utilizado à estatística descritiva e discutir os resultados frente aos objetivos e expectativas definidas na raps.

Benefícios:

Os resultados da pesquisa poderão contribuir com os gestores e interlocutores de saúde mental da região em aperfeiçoar os mecanismos e organização para a continuidade da implantação da Rede de Atenção Psicossocial - RAPS.

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados serão analisados com o uso da estatística descritiva e comparados aos padrões definidos na RAPS.

Justificativa:

A metodologia proposta com uso de fontes de dados secundários e públicos justifica a dispensa do TCLE.

Resultados

A implantação da rede psicossocial no município de Jandira desde a sua aprovação está acontecendo de forma gradativa em seus diversos pontos de atenção. A implantação da RAPS possibilitou à ampliação do acesso a atenção psicossocial aos munícipes de Jandira, e a identificação dos pontos de dificuldades para a implantação integral da RAPS. As maiores dificuldades para implantação da RAPS Municipal estão relacionadas à falta de uma política pública voltada para as pessoas com transtornos mentais e com transtornos decorrentes do uso de drogas. Essa falta se reflete em ações descontextualizadas da política ministerial para a área de saúde mental tanto nas esferas municipais como estaduais. O processo vivenciado até então permitiu avanço na política de saúde mental na região e nos municípios e a ampliação de acesso à rede psicossocial substitutiva para as pessoas com transtornos mentais e necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas. O grande desafio é a consolidação desta política mediante articulações intersetoriais, bem como com as outras redes temáticas nas três esferas governamentais. Abaixo, uma tabela descreve os avanços dos pontos de atenção da Rede Psicossocial, através do antes e o após a implantação da RAPS no município de Jandira.

INDICADORES: Pontos de Atenção	ANTES DA RAPS	APÓS A RAPS

Atenção Básica em Saúde	• 0 Equipes Saúde da Família • 3 Equipes de Saúde Mental • 2 psiquiatras na rede • 0 Capacitações	• 9 Equipes Saúde da Família. • 4 Equipes de Saúde Mental nas Unidades de Saúde. • 3 psiquiatras na rede. • 1 Capacitações para Agentes Comunitários de Saúde – Curso de Redução de Danos “Caminhos do Cuidado”. • Qualificação em Educação Permanente para profissionais. • Realização de Supervisão Clínica para a Equipe de Profissionais de Saúde Mental. • Aquisição de parte dos materiais para oficinas terapêuticas para os profissionais de Saúde Mental. • Aprovação do Projeto Consultório na Rua.
Atenção Psicossocial Especializada	• Falta de referência para o atendimento da demanda de crianças, adolescentes e adultos em serviços especializados – CAPSi e Caps AD.	• Referência do Município de Barueri para atendimentos de munícipes Jandirenses em CAPSi e Caps AD - Álcool e Drogas. • Realizado projeto e iniciado processo para a implantação do CAPSi Municipal.
Atenção de Urgência e Emergência	• Falta deste serviço municipal e somente a referência do SAMU regional; • Falta de protocolos e Fluxos.	• SAMU municipal. Estabelecimento de protocolos de acolhimento e fluxos de referência para atendimentos às pessoas com sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.
Atenção Residencial de caráter Transitório	• Falta do serviço e de referência para atendimentos da demanda.	• Aprovação de projeto e disponibilização de recursos financeiros Federais para a construção da UA - Unidade de Acolhimento Juvenil;
Atenção Hospitalar	• Falta de leitos adequados para o atendimento de pessoas em sofrimento psíquico e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.	• Início da Adequação de 4 leitos de Saúde Mental no Hospital Municipal de Jandira • Discussão junto a RAPS Regional para garantia de leitos de Saúde Mental de retaguarda em hospitais gerais da região e a implantação de uma central de regulação de vagas regional;

Referências Bibliográficas:

Amarante, P. (1998). *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. SciELO-Editora FIOCRUZ.

Barros, S., Batista, L. E., Dellosi, M. E., & Escuder, M. M. L. (2014). Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. *Saúde e Sociedade*, 23(4), 1235-1247.

do Rosário Costa, N., Siqueira, S. V., Uhr, D., da Silva, P. F., & Molinaro, A. A. (2011). Reforma Psiquiátrica, Federalismo e Descentralização da Saúde Pública no Brasil. *Psychiatric Reform, Federalism, and the Decentralization of the Public Health in Brazil*.

Silva, M. B. B. (2005). Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis*, 15(1), 127-50.

Kilsztajn, S., Lopes, E. D. S., Lima, L. Z., Rocha, P. A. F. D., & Carmo, M. S. N. D. (2008). Leitos hospitalares e reforma psiquiátrica no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(10), 2354-2362.

IMPORTÂNCIA DOS COMPORTAMENTOS DE CIDADANIA ORGANIZACIONAL NA PREVENÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO - LEI DE EDUCAÇÃO SEXUAL NAS ESCOLAS PORTUGUESAS

Paula Costa Neves¹²⁷

Rui Paixão¹²⁸

Introdução

Nesta comunicação apresentam-se algumas reflexões sobre a importância dos comportamentos de cidadania organizacional na aplicação da lei da educação sexual nas escolas portuguesas.

A educação sexual nas escolas portuguesas existe desde 2009, enquadrada pela Lei n.º 60/2009. De entre dos seus objetivos destacamos a transmissão de informação, o desenvolvimento de atitudes e a educação para os afetos.

A temática da educação sexual é apresentada como uma temática transversal e transdisciplinar e, portanto, da responsabilidade dos professores de todas as áreas disciplinares e da escola como um todo. Em termos de carga horária há a obrigatoriedade de alunos do 1º e 2º Ciclo terem por ano, pelo menos, 6 horas dedicadas a esta temática, enquanto os alunos do 3º ciclo e secundário devem ter, pelo menos, 12 horas por ano ocupadas especificamente com os objetivos preconizados na lei.

Não há um currículo rígido e específico para estas horas letivas. É dada liberdade às escolas para planificarem as atividades a desenvolver, que devem estar enquadradas nos respetivos projetos educativos e devem ser planeadas, devidamente integradas nos planos de trabalho das turmas. Em cada escola e em cada turma, os professores têm liberdade para organizar a ocupação das horas prevista na lei para esta temática, que podem incluir visitas, projetos, conferências de especialistas, ou outras atividades

¹²⁷ Instituto Politécnico de Coimbra - Escola Superior de Educação- pneves@esec.pt

¹²⁸ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; Centro de Estudo Sociais da Universidade de Coimbra- rpaixao@fpce.uc.pt

consideradas significativas para alcançar os objetivos em causa. Ou seja, as atividades a desenvolver dependem em grande medida da existência de iniciativas e da implicação dos docentes de cada turma e, conseqüentemente, do apoio das lideranças intermédias.

Assim, a educação sexual proporcionada às crianças e jovens adolescentes está, em grande medida, dependente das opções e iniciativas dos docentes de cada escola, da sua disponibilidade, e do comprometimento que têm para com os seus alunos e, muito particularmente, para com a escola.

Comportamentos de Cidadania Organizacional

Quando se faz uma avaliação dos fatores que são identificados como afetando positivamente o desenvolvimento de projetos que podem ser considerados de prevenção primária, como é o caso da educação sexual nas escolas, surgem com um peso determinante as atitudes dos professores e a atitude da escola em geral, para o qual contribuem fortemente as políticas e as opções das lideranças (Oplatka, 2012).

Ou seja, há todo um conjunto de comportamentos que são reconhecidamente importantes para a relação entre docentes e alunos, e para o desempenho das escolas, que são claramente discricionários, e que são designados como Comportamentos de Cidadania Organizacional.

Comportamentos de Cidadania Organizacional (CCO) são, então, comportamentos individuais discricionários, não formalmente obrigatórios nem recompensados, mas que contribuem para o bom desempenho das organizações

Se nos centrarmos na função dos docentes, vemos que não está incluída a dinamização e participação em atividades para além do currículo e dos horários da escola, ou a monitorização minuciosa e próxima dos alunos através do estabelecimento de relações de confiança e proximidade que, sabe-se, propicia a identificação de situações de angústia e de stress dos alunos que, num contexto de educação para os afetos e no casos dos adolescentes, pode fazer toda a diferença na prevenção de comportamentos de risco.

Assim, no sentido de se conseguirem alcançar totalmente os objetivos propostos pela lei da educação sexual, as escolas enfrentam o desafio de conseguirem que os seus

docentes se impliquem, se comprometam e vão para além das suas funções fazendo a diferença.

A questão que se coloca, então, é como promover os CCO em docentes, neste caso como implicar emocionalmente os docentes, levando-os mais longe do que é estritamente obrigatório na sua função, com reflexos positivos para os alunos e para o desempenho global da escola.

A investigação identifica variáveis individuais e organizacionais como antecedentes dos CCO. No caso das variáveis individuais, são as atitudes perante o trabalho que aparecem mais relacionadas com os CCO, como é o caso da perceção de justiça organizacional (Yilmaz & Taşdan, 2009), da satisfação com a função (Somech & Drach- Zahavy, 2000), da participação nas decisões de gestão e do comprometimento organizacional (Somech & Bogler, 2002).

Nos aspetos organizacionais com impacto positivo na promoção de CCO, realçam-se: o clima de escola (DiPaola & Tschannen-Moran, 2001) o feedback sobre trabalho (Oplatka, 2006); a realização de tarefas intrinsecamente satisfatórias (Somech & Drach- Zahavy, 2000); e a perceção de suporte organizacional (Somech & Ron, 2007), têm sido apontados (entre outros) como antecedentes de CCO.

Quando considerados em conjunto fatores pessoais e organizacionais, estes últimos têm maior peso na decisão dos docentes em realizar CCO (Somech & Ron, 2007), o que mostra que os CCO são um fenómeno maioritariamente relacionado com o contexto.

Conclusão

Assim, num contexto de cada vez maior autonomia e responsabilização das escolas pelos resultados obtidos, sem que as mesmas possam escolher os seus docentes, o diretor e as suas práticas adquirem uma importância acrescida.

Chama-se, então, a atenção para a papel das direções das escolas e suas lideranças intermédias na modelação das condições e atitudes dos professores, criando um ambiente psicossociológico propício à implicação genuína dos docentes em atividades de prevenção de comportamentos de risco que, como analisado, poderão ser considerados CCO.

Referências

- Diário da República Portuguesa, 1.^a série - N.º 151 - 6 de Agosto de 2009 - Lei n.º 60/2009 Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar.
- DiPaola, M. F., & Tschannen-Moran, M. (2001). Organizational citizenship behavior in schools and its relationship to school climate. *Journal of School Leadership*, 11, 424-447.
- Oplatka, I. (2006). Going beyond role expectations: Toward an understanding of the determinants and components of teacher organizational citizenship behavior. *Educational Administration Quarterly*, 42, 385-423.
- Oplatka, I. (2012). The possible consequences of organizational citizenship behaviors in drug and alcohol prevention: Some insights from Israeli teachers and principals. In I. Dwyer, & A. H. Normore, *Discretionary behavior and performance in educational organizations : The missing link in educational leadership and management* (Vol. 13, pp. 277-297). Bingley: Emerald Group Publishing Limited.
- Organ, D. (1988). *Organizational citizenship behavior : The good soldier syndrome*. Lexington MA: Lexington Books.
- Somech, A., & Bogler, R. (2002). Antecedents and consequences of teacher organizational and professional commitment. *Educational Administration Quarterly*, 38, 555-577.
- Somech, A., & Drach-Zahavy, A. (2000). Understanding extra-role behavior in schools: The relationships between job satisfaction, sense of efficacy, and teachers' extra-role behavior. *Teaching and Teacher Education*, 16, 649-659.
- Somech, A., & Ron, I. (2007). Promoting organizational citizenship behavior in schools: The impact of individual and organizational characteristics. *Educational Administration Quarterly*, 43, 38-66.
- Yilmaz, K., & Taşdan, M. (2009). Organizational citizenship and organizational justice in Turkish primary schools. *Journal of Educational Administration*, 47, 108-126.