

DIÁLOGOS CIENTÍFICOS EM PSICOLOGIA

**PRODUÇÕES ACADÊMICAS 2021.2
VOL I**



ORGANIZADORES:
Maria da Penha de L. Coutinho
Ana Flavia de Oliveira B. Coutinho
Marcio de Lima Coutinho

ISBN: 978-65-5825-120-0

**DIÁLOGOS CIENTÍFICOS EM PSICOLOGIA:
PRODUÇÕES ACADÊMICAS 2021.2**

VOL. I

**Maria da Penha de Lima Coutinho
Ana Flavia de Oliveira Borba Coutinho
Marcio de Lima Coutinho
(Organizadores)**

Centro Universitário – UNIESP

Cabedelo - PB
2022



CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIESP

Reitora

Érika Marques de Almeida Lima

Pró-Reitora Acadêmica

Iany Cavalcanti da Silva Barros

Editor-chefe

Cícero de Sousa Lacerda

Editores assistentes

Márcia de Albuquerque Alves
Josemary Marcionila F. R. de C. Rocha

Editora-técnica

Elaine Cristina de Brito Moreira

Corpo Editorial

Ana Margareth Sarmento – Estética
Anneliese Heyden Cabral de Lira – Arquitetura
Daniel Vitor da Silveira da Costa – Publicidade e Propaganda
Érika Lira de Oliveira – Odontologia
Ivanildo Félix da Silva Júnior – Pedagogia
Jancelice dos Santos Santana – Enfermagem
José Carlos Ferreira da Luz – Direito
Juliana da Nóbrega Carreiro – Farmácia
Larissa Nascimento dos Santos – Design de Interiores
Luciano de Santana Medeiros – Administração
Marcelo Fernandes de Sousa – Computação
Paulo Roberto Nóbrega Cavalcante – Ciências Contábeis
Maria da Penha de Lima Coutinho – Psicologia
Paula Fernanda Barbosa de Araújo – Medicina Veterinária
Rita de Cássia Alves Leal Cruz – Engenharia
Rodrigo Wanderley de Sousa Cruz – Educação Física
Sandra Suely de Lima Costa Martins
Zianne Farias Barros Barbosa – Nutrição

Copyright©2022 – Editora UNIESP

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos autorais (Lei nº 9.610/1998) é crime estabelecido no artigo 184 do Código Penal.

O conteúdo desta publicação é de inteira responsabilidade do(os) autor(es).

Designer Gráfico:

Mariana Morais de Oliveira Araújo

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Padre Joaquim Colaço Dourado (UNIESP)**

D537	Diálogos científicos em psicologia: produções acadêmicas 2021.2 [recurso eletrônico] / Organizadores, Maria da Penha de Lima Coutinho, Ana Flávia de Oliveira Borba Coutinho, Márcio de Lima Coutinho. - Cabedelo, PB : Editora UNIESP, 2022. 398 p. ; V.1. Tipo de Suporte: E-book ISBN: 978-65-5825-120-0 1. Produção científica – Psicologia. 2. Psicologia - Interdisciplinaridade. 3. Diálogos – Conhecimento científico. I. Título. II. Coutinho, Maria da Penha de Lima. III. Coutinho, Ana Flávia de Oliveira Borba Coutinho IV. Coutinho, Márcio de Lima. CDU : 001.891:159.9
------	---

Bibliotecária: Elaine Cristina de Brito Moreira – CRB-15/053

Editora UNIESP

Rodovia BR 230, Km 14, s/n,
Bloco Central – 2 andar – COOPERE
Morada Nova – Cabedelo – Paraíba
CEP: 58109-303

SUMÁRIO

O PERFIL PSICOPATA EM LIDERANÇA CORPORATIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	06
NUTRIÇÃO E SEUS BENEFÍCIOS NO AUTISMO INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	32
TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E AS CONSEQUÊNCIAS BIOPSISSOCIAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	52
O DESEJO E SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE <i>BORDERLINE</i> : Uma Perspectiva Psicanalítica	75
O CUIDADO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DE MULHERES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA	97
CONCILIAÇÃO TRABALHO-GRADUAÇÃO: UM OLHAR SOBRE OS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL	130
AUTOCOMPAIXÃO E ANSIEDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	157
A DESREGULAÇÃO EMOCIONAL EM PACIENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19	169
DOCENTES UNIVERSITÁRIOS E TELETRABALHO: IMPACTOS PSICOLÓGICOS NA PANDEMIA DA COVID-19	196
EDUCAÇÃO SEXUAL E SEXUALIDADE NA INFÂNCIA: UMA VISÃO DA PSICANÁLISE	223
ALIENAÇÃO PARENTAL E PSICOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	243
COVID 19: A CULTURA DO LUTO E A QUEBRA DOS RITUAIS FÚNEBRES FACILITADORES DE RESSIGNIFICAÇÃO	263
SÓ RECEBI O CAIXÃO LACRADO - VIVÊNCIA DO LUTO EM TEMPOS DE PANDEMIA	284
DEPENDÊNCIA SEXUAL E ROMÂNTICA: ANÁLISE DAS POTENCIALIDADES TERAPÊUTICAS DO PROGRAMA DE DOZE PASSOS DOS GRUPOS ANÔNIMOS	309
O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE NARCISISTA E AS RELAÇÕES AFETIVAS: UMA CONTRIBUIÇÃO DA PSICANÁLISE	332
AMOR PATOLÓGICO E FATORES PSICOSSOCIAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	350
PRÁTICAS PSICOLÓGICAS E CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO PANDÊMICO: UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS	373

APRESENTAÇÃO

A presente publicação tem como finalidade estimular o desenvolvimento de estudos e pesquisas científicas, numa perspectiva interdisciplinar, de forma a dar visibilidade às publicações desenvolvidas no Curso de psicologia do UNIESP, para que sejam consultadas por discentes e docentes de diversas instituições.

Este livro é composto por dezessete capítulos distribuídos em diversas áreas do conhecimento, reunindo trabalhos de ex-alunos da turma pioneira do Curso de Graduação em Psicologia do UNIESP, no período 2021.2.

Os artigos são originais e de temas diversos no âmbito da Psicologia. E o propósito maior deste livro é promover e divulgar o conhecimento produzido na academia, valorizando a publicação dos alunos concluintes e levando a comunidade científica em geral a ter conhecimentos dos saberes e práticas desenvolvidos no UNIESP.

O PERFIL PSICOPATA EM LIDERANÇA CORPORATIVA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Alessandra Chianca Teotônio Cabral¹
Olívia Dayse Leite Ferreira²

RESUMO

A psicopatia se trata de uma falha no processo de formação da personalidade, que viola os direitos dos outros, podendo estar presente em vários contextos, a exemplo do organizacional. Sendo assim, o objetivo deste estudo foi compreender o comportamento psicopata na posição de liderança dentro das empresas corporativas. Realizou-se uma revisão integrativa da literatura dos últimos oito anos nos indexadores google acadêmico, Scielo, PubMed e Lilac's. Para tanto, utilizaram-se as palavras-chave: em português, "psicopata corporativo", "personalidade antissocial" e "liderança corporativa"; e em inglês, "*corporate psychopath*", "*antisocial personality*" e "*corporate leadership*", com os operadores booleanos "ou", "OR" e "e", "AND". Foram selecionados 10 estudos que abordaram o tema de forma conceitual e com metodologia heterogênea. As categorias temáticas dos estudos centraram-se no perfil do Psicopata Corporativo, nas consequências desse tipo de líder e no *Dark Triad*. Conclui-se que o psicopata corporativo é descrito como não empático e que usa da sua liderança para monopolizar os colaboradores, provocando assédio moral. Traços de narcisismo também andam junto com o psicopata na análise da personalidade sombria. Contudo, faz-se necessária ainda a exploração de estudos acerca do psicopata corporativo, principalmente no contexto brasileiro.

Palavras-chave: Liderança; Personalidade Antissocial; Psicopata corporativo.

ABSTRACT

Psychopathy is a failure in the process of personality formation, which violates the rights of others, and can be present in various contexts, such as organizational. Therefore, the aim of this study was to understand psychopathic behavior in the leadership position within corporate companies. An integrative review of the literature from the last eight years was carried out in google academic, Scielo, PubMed, and Lilac's indexes. The keywords used were: in Portuguese, "psicopata corporativo", "personalidade antissocial", and "liderança corporativa"; and in English, "corporate psychopath", "antisocial personality", and "corporate leadership", with the Boolean operators "ou", "OR", and "e", "AND". Ten studies were selected that addressed the topic conceptually and with heterogeneous methodology. The thematic categories of the studies focused on the profile of the Corporate Psychopath, the consequences of this type of leader, and the Dark Triad. It is concluded that the corporate psychopath is described as non-empathic and uses his leadership to monopolize employees, causing bullying. Traits of narcissism also go hand in hand with the psychopath in the Dark personality analysis. However, further exploration of studies about the corporate psychopath is still necessary, especially in the Brazilian context.

Keywords: Leadership. Antisocial Personality. Corporate psychopath

1 Graduanda do Curso de Psicologia. E-mail: alessandractcabral@gmail.com.

2 Profa Orientadora do Curso graduação em Psicologia na UNIESP. E-mail: oliviadayse@yahoo.com.

INTRODUÇÃO

Na sociedade em que se vive, estando constituídos como indivíduos num intenso e contínuo convívio social, percebem-se as formas como os sujeitos se apresentam em diferentes contextos sociais, podendo encontrar indivíduos com traços do Transtorno de Personalidade Antissocial (TPAS) e/ou psicopatia.

A psicopatia é representada por uma falha no processo de formação da personalidade, cuja característica essencial do transtorno é um padrão de desrespeito e violação aos direitos dos outros. Embora só tenha chamado à atenção do público geral nas últimas décadas, suas primeiras descrições dataram do século XVIII, quando filósofos passaram a estudar a relação entre livre arbítrio e transgressões morais. Na atualidade, o conceito derivou majoritariamente das ideias descritas pelo psiquiatra americano Hervey Cleckley (1941), em seu livro seminal *“The mask of sanity”*, ou, em português, *“A máscara da sanidade”* (tradução livre), no qual ele apontou características cognitivas, afetivas e comportamentais, marcadas especialmente pela ausência de empatia e de culpa/remorso que, inevitavelmente, culminou em relações interpessoais destrutivas (HARE; NEUMANN, 2008).

Enquadra-se no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua quinta edição (DSM – V), dentro dos transtornos de personalidade do grupo B, incorporado ao TPAS. Dessa forma, trata-se de uma conduta antissocial, que é uma desonra moral, violando-se não só as regras gerais, mas também estando intimamente ligada à prática de atos que causem prejuízo para outras pessoas (APA, 2013).

Babiak e Hare (2006) apontaram que o distúrbio psicopático define indivíduos que não são capazes de sentir empatia, culpa ou lealdade para com as pessoas que os cercam, remetendo-se ao mundo do crime – como os assassinos com crimes hediondos – sendo assim, um caso mais intenso de TPAS. Pesquisas mostraram a psicopatia não somente em presídios e manicômios judiciais, como também no mundo corporativo, onde essas personalidades causam problemas.

Horta (2011) demonstrou que 3,9% dos executivos podem estar enquadrados como psicopatas, segundo uma pesquisa feita em companhias americanas, englobando uma taxa quatro vezes maior do que na população em geral. Normalmente não matam, mas se utilizam do cargo com brutalidade, retratando uma

psicopatia necessariamente no grau leve, não adentrando em graus moderados ou graves em relação ao transtorno de personalidade citado.

O psicopata almeja o prazer, posições de poder, dinheiro, e a empresa corporativa se torna um lugar muito sedutor para os psicopatas agirem de forma doentia, investindo em seus atos maquiavélicos, não empáticos e com ausência de culpa em relação as suas atitudes. Os psicopatas corporativos, quando líderes, expressam atitudes e comportamentos muito conhecidos por todos, sendo que tais comportamentos se tornam negativos na estrutura organizacional de uma empresa, adoecendo lentamente a criatividade, a inovação, a iniciativa e a colaboração, como também matando todo o potencial e o talento existentes nos sujeitos que fazem parte dessas empresas (HORTA, 2011).

Na concepção de Daynes (2012), os psicopatas corporativos dissimulam e destroem os valores individuais, causando prejuízo, principalmente em empresas que desejam crescer, perpetuar e prosperar. E segundo Silva (2014), outra característica do psicopata está em unir-se a pessoas adoecidas, isto é, outros adoecidos em suas posições de caráter, que partem, semeando discórdias entre colegas, espalhando mentiras e utilizando colegas como pontes dentro dessas empresas.

A problemática estava em torno de uma posição do comportamento de uma liderança psicopata e no âmbito da Psicologia, são poucos os estudos que abordam a temática, sobretudo no contexto brasileiro e, assim, reforça-se a necessidade de investigar a produção científica do tema, que pode ajudar a explicar as definições, o perfil, o *modus operandi* e os efeitos causados nas vítimas decorrentes das ações do psicopata no contexto corporativo. A escolha dessa temática se deu, também, devido à observação de várias situações vividas pela autora em empresas corporativas, como ausência de profissionalismo e atitudes antiéticas praticadas por determinados líderes, que oprimem, fazem assédio moral, *bullying* corporativo e colocam em risco a gestão da empresa.

O objetivo primordial deste artigo, portanto, foi compreender o comportamento antissocial ou psicopata, em posição de liderança corporativa, como também, os específicos em descrever o seu perfil e as principais consequências desse tipo de liderança para o clima organizacional, analisar o psicopata em liderança corporativa, relatar as consequências de uma liderança psicopata e evidenciar os danos

causados nas vítimas em decorrência das ações no mundo corporativo. E para responder ao problema de pesquisa proposto, realizou-se uma revisão integrativa da literatura de trabalhos empíricos publicados nos últimos oito anos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A presente fundamentação teórica visou nortear teoricamente a temática estudada e referenciar as fontes de pesquisas que contribuíram com informações precisas ao trabalho científico apresentado, sendo subdivididas nos seguintes tópicos: Conceitos e características do TPAS/psicopatia; psicopatia corporativa e os perfis de liderança; as corporações e as consequências de uma liderança psicopata.

Conceitos e características do TPAS/Psicopatia

A personalidade de um indivíduo é direcionada por um caráter individualizado, demonstrando, muitas vezes, desvios e alguns traços que fogem da normalidade nas vivências, podendo estar inserido em algum comportamento que gera transtornos de personalidade. Esses foram nomeados de diversas formas pela psicopatologia, como insanidade moral, monomania moral, neurose de caráter, caracteropatia, psicopatia e, por fim, transtorno de personalidade. O psicopatólogo Schneider (1950) estudou intensamente os transtornos de personalidades, por ele chamados de personalidades anormais ou psicopáticas, e influenciou toda a psiquiatria até os dias de hoje.

Esse psicopatólogo apontou a personalidade psicopática como uma manifestação de um funcionamento anômalo e conducente ao sofrimento, quer de si ou dos outros, com sentimentos perversos, afetos, inclinações temperamentais, disposições morais e impulsos, com ausência de distúrbio intelectual e sem episódios de ilusão ou alucinação (GUNN, 2003). Segundo Hare (2003), a maioria dos estudiosos utilizavam o termo “Personalidade Psicopática”, considerando que sua etiologia não era claramente definida, contudo o quadro clínico da psicopatia foi, no decorrer dos anos, sendo descrito cada vez mais.

As personalidades anormais relevantes para a psiquiatria foram chamadas personalidades psicopáticas, que incluíram pessoas cuja anormalidade de

personalidade trouxe sofrimento à sociedade, em indivíduos de suas convivências (SCHNEIDER, 1950). O DSM-5 se divide em 10 (dez) tipos de transtornos de personalidade, com 3 (três) grupos, A, B e C, com base em características semelhantes. O grupo A engloba os transtornos Paranoide, Esquizoide e Esquizotípico, e o grupo B contempla a personalidade Antissocial, *Boderline*, Histriônico e Narcisista. O grupo C classifica os transtornos Esquivo, Dependente e Obsessivo Compulsivo, destacando tais transtornos como problemas de autoidentidade e funcionamentos interpessoais. Uma prevalência mediana na população clínica em geral apontou 10% a 15% de pessoas com transtornos de personalidade, ocorrendo conjuntamente. A psicopatia está classificada dentro dos transtornos de personalidade do grupo B (APA, 2013).

Morana, Stone e Abdalla-filho (2006) postulam o TPAS pela insensibilidade aos sentimentos alheios e apontam que quando o seu grau se apresenta elevado, o sujeito pode adotar um comportamento criminal, definindo, assim, a consequência em assumir uma psicopatia. O indivíduo antissocial não conclui um diagnóstico clínico, mas padrões de comportamentos que circulam por muitos transtornos. Segundo Soeiro e Gonçalves (2010), o termo antissocial foi designado como alternativa ao termo psicopatia. Entretanto, uma distinção é apontada entre os sintomas e os traços de personalidade do psicopata. Os sintomas transcorrem em fatores comportamentais e que basicamente abordam a dificuldade de adaptação às normas da sociedade. Os traços de personalidade retratam-se às relações interpessoais, ausência de culpa ou vergonha.

Hare e Neumann (2008) apontam que o TPAS sinaliza algumas diferenças em relação à Psicopatia, embora ainda seja uma diferenciação muito contraditória e sem delineamento específico. No entanto, demonstra-se que o termo antissocial associa comportamentos inadequados que desrespeitam e ferem o social, ao passo que o psicopata apresenta características de personalidade mais intensa, como falta de afeto, ausência de remorso e relacionamento interpessoal disfuncional. O antissocial, portanto, tem capacidade maior para se adequar às normas, fingindo afetividade, mas manejando seus impulsos agressivos. O psicopata apresentaria dificuldades de controlar os impulsos, ou seja, determinados sintomas da psicopatia, como sendo eliciadores de comportamentos antissociais (VAUGH; HOWARD, 2005; VIEN; BEECH, 2006).

Em um contexto histórico, os transtornos psicopatas eram vistos como comportamentos moralmente repugnantes pela sociedade, e essa discussão começou quando filósofos e psiquiatras questionaram se os indivíduos que praticavam atitudes imorais seriam capazes em entender os seus atos (SILVA, 2014).

Pinel (1745-1826) apontou uma visão do tratamento das doenças mentais, mencionando que a causa da personalidade do psicopata era um aspecto sociocultural, uma má-criação, baseada na concepção da loucura moral (CASTRO; CAMPOS, 2011). O termo psicopatia, na origem grega, significava “psiquicamente doente” e, ao longo do século XIX, designava toda a doença mental; posteriormente a psicopatia foi designada como uma perturbação específica, enquadrando-se no âmbito comportamental concreto, e foi sendo estudada por diversos pesquisadores (CORDEIRO, 2003). Segundo Silva (2014), a definição de Psicopatia ainda é debatida até os dias atuais, mesmo tendo alterações ao longo da história, antes sendo entendida como uma doença da mente, sendo avaliada, atualmente, como um desvio no comportamento, visto de uma forma mais abrangente.

Em relação ao campo emocional e quanto às regras sociais, a personalidade antissocial ou psicopata foi apontada por Lagos e Scapin (2017, p.3):

Assim, os indivíduos acometidos por esse transtorno têm dificuldade de se ajustar a normas sociais no que se refere a comportamento legal, podendo, assim, realizar repetidas vezes atos ilícitos. Vale expor que pessoas com essa patologia, geralmente, não respeitam os desejos e direitos dos outros, são desonestos, manipulam e enganam com frequência para conseguirem ganhos próprios. Além disso, são impulsivos, incapazes de realizar planos para o futuro e de manter relações mutuamente íntimas, pois não conseguem aprender com seus erros e nem com a punição de seus atos, têm comportamento hostil, são inconsequentes, têm uma alta propensão ao tédio, o que pode levá-los a se expor como expor outras pessoas ao risco [...]

Na psicopatia não se demonstra nenhuma culpa em burlar as regras sociais e o direito do outro, e, na opinião de Clark (2011), os psicopatas, em geral, não são considerados loucos, sendo fundamentalmente ruins e apresentando um transtorno de personalidade, dotados de uma essência má, cientes dos efeitos dos seus comportamentos em relação a outros indivíduos.

Segundo Wallace e Newman (2008), é comum ao psicopata possuir um elemento deficitário, uma falha em processar adequadamente estímulos aversivos

ou qualquer outro estímulo periférico no foco da atenção, em uma situação de conflitos de metas. Há uma dificuldade em inibir o comportamento, estando a psicopatia relacionada a uma baixa responsabilidade aos estímulos aversivos, a um *déficit* no campo das emoções, como também a uma profunda deficiência de *insight* ou compreensão interna.

Alguns estudos quantitativos estão baseados na detecção de traços psicopáticos, e uma ferramenta bastante utilizada é o PCL-R, instrumento desenvolvido na detecção de traços psicopatas em forma de *checklist*, que direcionam amostragens em questões ligadas à personalidade, mas não com intuito de diagnóstico (HARE, 2004). Diversos outros instrumentos psicométricos foram desenvolvidos a partir do PCL-R (FORTH; KOSSON; HARE, 2003).

Através dos itens da família PCL-R, foram desenvolvidos o *Psychopathic Personality Inventory* (PPI) (LILIENFELD; ANDREWS, 1996), o *Self- Report Psychopathy scale* (SRP-II) (FORTH *et al.*, 1996), o *Self- Report Psychopathy scale* (SRP-III) (WILLIAMS; NATHANSON; PAULHUS, 2003), o *Levenson Self-Report Psychopathy scale* (LSRP) (LEVENSON; KIEHL; FITZPATRICK, 1995) e o *Youth Psychopathic Traits Inventory* (YPT) (ANDERSHED *et al.*, 2002).

Psicopatia corporativa e os perfis de liderança

Ao longo do século XX, foram desenvolvidas diversas teorias sobre liderança, sendo uma das áreas mais antigas de pesquisa científica e corroborando com a análise de traços da personalidade, através do comportamento e poder exercidos na posição do líder (YUKL, 2002).

A liderança é uma habilidade que deve motivar e visar objetivos, como a confiança por meio de uma força do caráter. A liderança se classifica como uma conquista às pessoas, envolvendo-as em sentimento, mente, espírito, criatividade e êxito de um objetivo, sendo preciso fazer com que se empenhem ao máximo na missão, dando tudo pela equipe, gerenciando pessoas, e não somente liderando pessoas (HUNTER, 2006). E segundo Bass & Bass (2009), a liderança tem sido bastante discutida, sendo considerado um tema muito popular, mas com diversos conceitos que não remetem a uma definição concreta – não por incompetência ou

faltas de pesquisas em relação ao tema, e sim devido a várias concepções adotadas acerca do que constitui um líder (ASAD; YASUO; HASSAN, 2016).

Existem competências fundamentais para o exercício da liderança, apontando que o líder deve estar sempre em aprendizado, abrindo a mente, elevando a equipe, inspirando seus seguidores para subir junto com ele; criando um ambiente alegre e comprometido, sempre buscando novas soluções, reinventando, inovando e não acreditando que já se nasce pronto, mas que se está sempre construindo um futuro (CORTELLA, 2009).

Pensando nos tipos de liderança, Lewin (1965) apontou três estilos: o estilo autoritário, ligado ao líder centralizador, que toma decisões unilaterais e determina as tarefas e os processos de trabalho, não permitindo sugestões dos seus subordinados; o estilo democrático, o qual apresenta um líder que envolve sua equipe nas decisões, incentivando a participação de todos, procurando delegar tarefas; e o líder liberal, que procura deixar o grupo à vontade na execução das tarefas, sem intervir na maneira como essas devem ser realizadas. No entanto, a liderança não se baseia unicamente na pessoa do líder, mas no poder que a organização lhe proporciona, como também na influência exercida nas pessoas; além disso, não surge somente da posição que o líder ocupa, e sim do poder baseado na pessoa desse líder (KURT LEWIN, 1965).

Em uma posição de liderança, podem-se detectar transtornos de personalidade, apontando traços tão comuns, como o psicopata que busca a posição de liderança em um cenário organizacional, dissimulando comportamentos para alcançar os seus objetivos, desviando-se de uma normalidade saudável, apresentando características não empáticas e, muitas vezes, narcisistas, maquiavélicas, manipuladoras e perversas em relação às outras pessoas (SILVA, 2014). Segundo Chiavenato (2008), as pessoas podem ser fontes de sucesso como fontes de problemas nas empresas.

O psicopata é aquele capaz de se manter empregado e se posicionar rapidamente em uma ascensão de cargo, com características de liderança e habilidades em se relacionar com outros sujeitos, por desejo de mudanças, riquezas e poder, mas de forma ilícita (WEXLER, 2008). E na concepção de Smith e Lilienfeld (2013), os psicopatas corporativos estão diretamente interligados aos chefes tóxicos que geram destruição para as empresas e colaboradores.

Segundo Silva (2014), os psicopatas podem agir com habilidades, conquistando colegas, a fim de atingir suas metas maquiavélicas ou para lhes trazerem vantagens, sendo as empresas locais favoráveis para sujeitos sem empatia que buscam posições de liderança e que proporcionem bons salários, posições sociais e poder. O perfil de um líder psicopata corporativo geralmente não demonstra um grau grave em sua patologia, não se tratando necessariamente de assassinos perigosos, no entanto, é alguém que provoca uma desordem psíquica e organizacional dentro das empresas.

Uma liderança psicopata pode provocar um grande estrago na continuidade da empresa e no clima organizacional, fragilizando pessoas ou até mesmo adoecendo todo um quadro colaborativo, assim havendo a necessidade da exploração de estudos que apontem esses comportamentos na detecção de lideranças psicopatas.

As corporações e as consequências de uma liderança psicopata

As empresas corporativas estão inseridas em políticas de gestão de pessoas que compõem e direcionam essas organizações, porém diversos comportamentos surgem dentro delas, e muitos desses comportamentos podem ser divergentes nas empresas. Na opinião de Adrews (2015), a longo prazo, os psicopatas corporativos podem se tornar caros às empresas, derrubando o moral da equipe, causando excesso de rotatividade e reduzindo a produtividade. São carentes de uma consciência ética, de escrúpulos e buscam seus próprios interesses, e não da empresa. Vão sendo guiados por comportamentos egocêntricos, voltados para interesses pessoais e maléficos que deixam de lado a missão e os valores que originaram essas empresas.

Na cultura organizacional de uma empresa, são estabelecidas regras e normas que orientam os membros de uma organização, formadas por crenças, hábitos, normas, valores, atitudes e expectativas compartilhadas (CHIAVENATO, 2009). Porém, quando há desvios de condutas ou violações por parte de uma mente psicopata, ocorrem prejuízos dessas organizações.

Na visão de Boddy (2005), os psicopatas atuam nas empresas como psicopata corporativo, executivo ou psicopata industrial. Conseguem fazer uma

leitura das pessoas, mesmo não sendo movidos pelo campo das emoções, captam as emoções do outro, a fragilidade e, assim, conseguem uma aproximação sem escrúpulos, criando vínculos (HORTA, 2011).

Em estudos, Kraepelin (1904 apud ODA, 2010) identificou quatro tipos de personalidades: o primeiro diz respeito aos fraudulentos, citados como mentirosos, vigaristas ou encantadores, desprovidos de moralidade e senso de responsabilidade; o segundo é formado por personalidades criminosas e impulsivas; no terceiro tipo de personalidade, apresentam-se os criminosos profissionais, com boas maneiras e respaldo na sociedade, mas com traços manipuladores e egocêntricos; por fim, o quarto grupo é formado por aqueles que levam a vida na vadiagem e sem responsabilidades (ODA, 2010).

Ademais, estudos apresentam uma tríade sombria da personalidade, composta pelo comportamento maquiavélico, narcisista e psicopata, que podem ser entendidos como uma tríade de traços socialmente indesejáveis, por apresentarem em comum reduzidas competências socioemocionais, como baixa empatia, insensibilidade, manipulação interpessoal. Cada traço apresenta suas singularidades: no maquiavelismo se destaca a orientação e o planejamento estratégico; no narcisismo, a superioridade e a grandiosidade; e, na psicopatia, uma baixa empatia, impulsividade, ausência de culpa e consciência, sabendo que estão sendo violadas as regras (COSTA; SIMÕES, 2018).

É frequente o estudo da tríade sombria da personalidade nas organizações corporativas, retratando características antagônicas, insensíveis e socialmente aversivas, em um contexto saudável ou patológico (COSTA; SIMÕES, 2018). Vê-se, então, que a tríade da personalidade sombria pode contribuir com os estudos de traços psicopáticos, mesmo não estando de forma abrangente no transtorno da personalidade antissocial, assim favorecendo a percepção de comportamentos que podem retratar um perfil psicopata.

Se as empresas fossem pessoas, que tipo de pessoas seriam com o tipo de liderança psicopata? As empresas podem apresentar sinais, como o descaso pelos sentimentos alheios, a incapacidade em manter relações duradouras; repetidas mentiras e trapaças para a obtenção de lucros; incapacidade de seguir normas sociais de condutas da lei; aspectos nocivos à saúde, com produtos perigosos, lixo tóxico, poluição, produto químico sintético; aspectos nocivos aos animais e à

natureza. Assim, a dinâmica de algumas empresas atualmente anseia por um profissional ambicioso, experiente, com perfis desafiadores, liderança aguçada e capacidade em gerar resultados, almejando, portanto, supervisores, gestores e executivos com perfis competitivos (ACHBAR; ABBOTT; BAKAN, 2003).

Em organizações com uma cultura competitiva, a personalidade não empática, fria e agressiva parece pertinente aos psicopatas bem-sucedidos, com traços interpessoais e afetivos empobrecidos (ULLRICH; FARRINGTON; COID, 2008). Muitas organizações estimulam um perfil psicopata, investindo na competição, com uma política de resultados ou metas e, muitas vezes, dando oportunidade a pessoas com traços psicopatas. E, na visão de Mendes (2007), algumas organizações com políticas competitivas atraem um perfil mais agressivo, com competitividade exacerbada em empresas, servindo de porta de entrada ao perfil psicopata opressor. Dessa forma, a variável da organização do trabalho é fator primordial para compreensão do percurso de ações de cunho violento e que geram sofrimento nas pessoas.

Outra característica muito comum, nas organizações, são as atitudes de assédios morais, que alguns indivíduos investem contra outros sujeitos, tendo como consequências, muitas vezes, agressão psicológica, comportamento abusivo, intencional e frequente dentro de um ambiente de trabalho, podendo apontar um comportamento opressor, em uma condição patológica ou não patológica (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2008). Pode haver, ainda, comportamentos violentos e tendenciosos, como a humilhação e a degradação psíquica dos sujeitos inseridos nas empresas.

Segundo Freitas (2007), incontáveis danos são provocados pelo assédio moral, como processos psicopatológicos causados de forma individual, interferindo na produtividade e contribuindo com o surgimento de problemas que acarretam prejuízos nas empresas. Em um contexto psicopata, o assédio moral tem causado muitos prejuízos psíquicos, não somente de forma individual, mas também de forma coletiva. Destarte, um psicopata corporativo pode se utilizar do assédio moral, provocando distúrbios psicológicos que chegam, muitas vezes, a provocarem despersonalização e exaustão emocional de indivíduos nos ambientes de trabalho, como a Síndrome de Burnout ou transtornos depressivos.

Diversos mecanismos são utilizados pelo psicopata corporativo no assédio, ocorrendo no assédio moral uma relação assimétrica, pois existe uma posição de um subordinado ao outro, um dominando e outro sendo dominado, antecedendo uma submissão e dominação psicológica, e alguém sendo assediado, ridicularizado, humilhado e rebaixado por não se enquadrar no grupo. Muitos desses mecanismos são utilizados algumas vezes de formas mais sutis e outras de forma mais direta, e, dentre eles, estão insultos, ameaças, declarações preconceituosas, situações que expõem ao ridículo, negação da comunicação, rumores e críticas injustificáveis ao trabalho (HIRIGOYEN, 2006).

De acordo com Glina e Rocha (2010), o sofrimento e o adoecimento psíquico relacionado ao trabalho, atualmente, é um desafio aos profissionais da saúde mental dos trabalhadores, analisando como esses indivíduos podem estar sendo abordados, em um contexto do clima organizacional, por profissionais acometidos por traços psicopatas e que podem estar influenciando o estado de adoecimento desses indivíduos. Assim, o assédio moral investido em uma posição de perfil psicopata, em sua intencionalidade, tem visado prejudicar, diminuir os espaços dos sujeitos, muitas vezes forçando um desligamento da empresa ou de um projeto (REZENDE, 2008).

METODOLOGIA

A metodologia foi desenvolvida através de uma revisão integrativa da literatura e está fundamentada em dados literários que investigaram e aprofundaram o tema pesquisado. Segundo Souza, Silva e Carvalho (2010), a revisão integrativa é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática.

Trata-se da abordagem metodológica mais abrangente, permitindo estudos experimentais e não-experimentais, além de acesso a dados da literatura teórica e empírica, incorporando vários propósitos, como a definição de conceitos, revisão de teorias e evidências e análise de problemas metodológicos (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Constitui-se por meio de seis passos: no primeiro, constam a elaboração da pergunta e a problemática norteadora do tema em pesquisa; o segundo passo diz

respeito à seleção dos estudos com critérios de inclusão e exclusão; no terceiro passo, é feita uma coleta de dados e a checagem de informações com evidências mais constantes sobre o tema; o quarto passo trata-se de uma análise crítica dos estudos incluídos, dando um maior rigor aos que evidenciaram a temática; o quinto passo é a ratificação da discussão crítica dos resultados e das prioridades desenvolvidas na temática; e, por fim, no sexto passo é apresentada a revisão integrativa, com clareza de avaliação e assertividade da pesquisa.

O método utilizado foi descrito por uma abordagem qualitativa de levantamentos teóricos, baseados em pesquisas de fontes literárias sobre o tema, como artigos, teses e dissertações. Para o levantamento da literatura, realizou-se uma busca nos indexadores Scielo, LILACS, PubMed e Google Acadêmico. Os descritores encontram-se inseridos no Banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), sendo empregadas as seguintes palavras-chave: em português, “psicopata corporativo”, “personalidade antissocial” e “liderança corporativa”; e em inglês, “*corporate psychopath*”, “*antisocial personality*” e “*corporate leadership*”. Para sistematizar a coleta da amostra, os operadores booleanos “ou”, “OR” e “e”, “AND” foram utilizados. Optou-se por diferentes estratégias, visto que as bases de dados possuem características distintas.

No desenvolvimento dos critérios de pesquisa, foram incluídos artigos, teses e dissertações, excluindo livros e estudos de revisões, optando-se pela seleção dos idiomas em português e inglês, devido aos poucos conteúdos na literatura brasileira. A busca foi realizada considerando o período de tempo de 8 anos e que houvesse alinhamento com a pergunta norteadora. Foram excluídos estudos que não apresentassem metodologia de pesquisa clara, textos duplicados e que estipulassem o período estabelecido de busca indexado nos critérios de inclusão.

A pesquisa foi realizada pela autora no período de agosto a setembro de 2021 e revisada pela professora orientadora da pesquisa, baseada no instrumento Ursi (2005) (Anexo). A princípio, foi efetuada uma leitura dos resumos e métodos dos textos encontrados, em seguida aplicados os critérios de exclusão/inclusão. Os dados foram sistematizados nas planilhas do Word, a fim de tornar mais eficaz o processo de análise das similaridades e diferenças. Aos dados empreendeu-se uma síntese narrativa dos resultados, juntamente com esquemas explicativos. Para uma

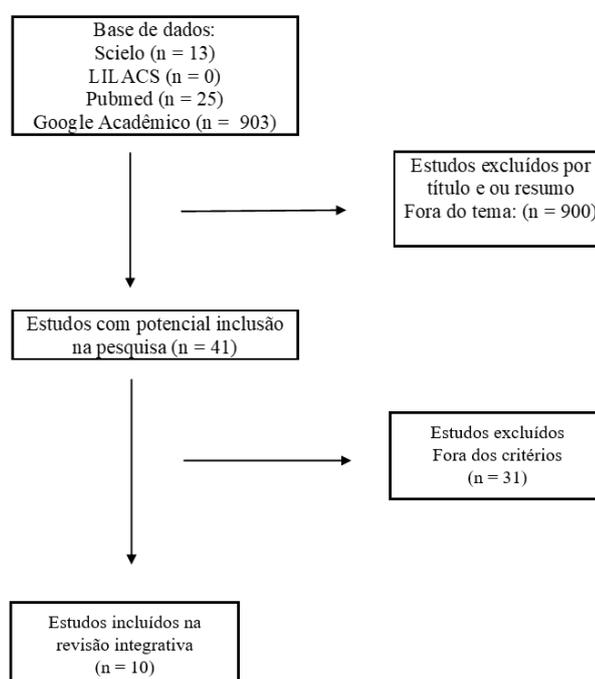
melhor exposição do conteúdo, os artigos foram categorizados por temáticas, demonstradas no item posterior.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Conforme se observa na Figura 1, em amostragem no Google acadêmico com os descritores “psicopata corporativo”, “personalidade antissocial e “liderança corporativa”, foram encontradas 903 amostras, aproveitando-se 10 pesquisas. A busca realizada no PubMed, por sua vez, com os descritores “*corporate psychopath*”, “*antisocial personality*” e “*corporate leadership*”, no idioma inglês, permitiu a demonstração de 25 artigos em amostragens, aproveitando-se três deles, com leituras traduzidas pelo Google Tradutor. Por meio do indexador SCIELO, foram registradas 13 amostragens, aproveitando-se três estudos com captura desse indexador. Já no LILACS, nenhum estudo contribuiu para o tema pesquisado.

Dentre artigos, teses e dissertações, foi incluída na revisão integrativa da literatura uma seleção de 10 estudos empíricos, com critérios que corresponderam à temática estudada, sendo excluído um total de 900 amostragens por critérios de títulos ou resumos e 31 amostragens por estarem fora dos critérios de pesquisa.

Figura 1: Fluxograma das publicações selecionadas através dos indexadores



Fonte: autoria própria

No Quadro 1, percebe-se que os estudos mais publicados se deram nos anos de 2014, 2019 e 2021. Contudo, verifica-se uma variabilidade em torno das pesquisas empíricas, no que concerne à metodologia empregada e à forma de abordar a temática. De forma geral, observa-se escassez no aprofundamento dessa temática, ainda sendo bastante carentes as pesquisas empíricas, no contexto brasileiro.

Em relação à metodologia empregada, houve uma heterogeneidade na forma de abordar o tema: dois estudos realizaram análise de filme (POSSAS; MEDEIROS, 2014) e (OLIVEIRA; ESQUIVEL; MEDEIROS, 2021); três estudos envolveram adaptação de instrumentos (VALADÃO; MONTEIRO, 2014), (MATHIEU; NEUMANN; HARE, 2015) e (COSTA, 2019); três estudos também discorreram sobre o constructo *Dark triad*, (D'SOUZA; JONES, 2017), (D'SOUZA *et al.*, 2019) e (GUERREIRO, 2021); o uso de metodologia quantitativa e qualitativa foi observado nos estudos de (TURRIONI; SILVA, 2019) e (D'SOUZA; JONES, 2017).

Dentre os 10 estudos selecionados, podem-se citar três estudos de dissertações de mestrado, nos anos 2014, 2019 e 2021: (VALADÃO; MONTEIRO, 2014), (COSTA, 2019) e (GUERREIRO, 2021), e os demais foram publicados em periódicos.

Quadro 1: Seleção de artigos, teses e dissertações nos últimos 8(oito) anos:

Autoria	Título do artigo	Ano	Tipo de Metodologia
POSSAS, M. C.; MEDEIROS, C. R. O.; VALADÃO JR., V. M.	Quem mais Veste Prada? Psicopatas Corporativos e Assédio Moral no Trabalho	2014	Análise de filme/qualitativa
MONTEIRO, R..P.	Entendendo a Psicopatia: Contribuição de Traços de Personalidade e Valores Humanos	2014	Quantitativa
MATHIEU, C; NEUMANN, C.; HARE, R.D.	Psicopatia Corporativa e o Modelo de Liderança Abrangente	2015	Quantitativa
TURRIONI, J. B.; SILVA, P.G.	Psicopatas Corporativos: Eles existem e deterioram o clima organizacional	2016	Qualitativa/ quantitativa
D'SOUZA ,M. F.; JONES, D. N.	Taxonomia da Rede Científica do <i>Dark Triad</i> : Revelações no Meio Empresarial e Contábil	2017	Qualitativa/quantitativa
BALREDS, D. P.H; WISSE, B. ; SANDERS, S.; LAURIJSEN, L. M.	Sem Consideração por Aqueles que Precisam: O Papel Moderador da Autoestima do Seguidor na Relação entre Psicopatia do Líder e o Comportamento Autosserviço	2018	Quantitativa

	do Líder		
COSTA, H.P.	Psicopatia Corporativa: Um Estudo sobre Gestores no Brasil	2019	Quantitativa
D`SOUZA, M.F.; LIMA, G.A.S.F.; JONES, D.N.; CARRÉ, J.R.	Eu ganho, a Empresa ganha ou ganhamos juntos? Traços Moderados do <i>Dark Triad</i> e Maximização dos lucros	2019	Quantitativa
GUERREIRO, A. R. P.	<i>Dark Triad</i> e a Percepção de Eficácia da Liderança	2021	Quantitativa
OLIVEIRA, D.P.; ESQUIVEL, C.L.W. e LINDINO,T.C.	O Psicopata Frente ao Crime de Corrupção	2021	Análise de filme/qualitativa

Fonte: autoria própria

No Quadro 2, analisando as similaridades dos estudos, percebe-se que dois deles, Monteiro (2014) e Costa (2019), discutiram sobre o conhecimento do perfil do psicopata corporativo; cinco estudos, Possas, Medeiros e Valadão (2014), Mathieu, Neumann e Hare (2015), Turrioni e Silva (2016), Balreds *et al.* (2018) e Oliveira, Esquivel e Lindino (2021) abordaram as consequências do tipo de liderança psicopata para os demais colaboradores; os demais estudos, D`Souza e Jones (2017), D`Souza *et al.* (2019) e Guerreiro (2021) investigaram por meio do *Dark Triad*, os traços de psicopatia nas organizações.

No que se refere ao perfil psicopata corporativo, Silva (2014) aponta que estão sempre buscando prazer, poder, dinheiro, trapaceando e desejando cargos ou um cargo específico, no entanto, podendo agir de forma simpática, agradando pessoas importantes e falando o que querem ouvir para alcançarem seus objetivos hostis. Várias artimanhas são investidas por uma mente psicopata, desde a admissão na empresa até a na manipulação de colegas, fazendo-os aliar-se aos seus planos maquiavélicos, sendo muito comum descartarem os sujeitos após atingirem os seus objetivos.

Em relação às consequências para os colaboradores, o psicopata corporativo é capaz de detonar o trabalho alheio, manipulando situações que favoreçam suas artimanhas malélicas, atingindo a autoestima da equipe, causando excesso de rotatividade, reduzindo a produtividade, prejudicando o clima organizacional e a gestão de pessoas (ADREWS, 2015). Utilizam-se, muitas vezes, do assédio moral, destruindo a autoestima das pessoas, isolando e silenciando indivíduos, causando desânimo. O assédio moral é bem comum dentro das empresas, seja demandado por uma posição patológica ou não, causando, através de ações repetidas, a baixa

autoestima em colegas, como também um prejuízo na produtividade do trabalho (FREITAS; HELOANI; BARRETO, 2008).

A *Dark Triad* é uma contribuição bastante relevante nesses estudos, estando presente em diversas personalidades que compõem as empresas corporativas e possuindo características que refletem motivações para elevarem a si mesmas ou prejudicarem aos outros que compõem o quadro corporativo. Psicopatas com traços narcisistas, quando inseridos em uma empresa e assumindo um cargo de liderança, geralmente hostilizam e perseguem. A esse respeito, uma contribuição mencionada nos estudos está em torno da tríade sombria, bastante utilizada na evidência de estratégias e vulnerabilidade emocional de líderes (BLACK, 2013). Entre os traços que compõem a tríade sombria destacam-se o narcisismo, a psicopatia e o maquiavelismo.

A análise da *Dark Triad* corrobora para a identificação de traços sombrios das personalidades que assumem cargos de liderança ou não, dentro das empresas, podendo ajudar a evitar conflitos na gestão corporativa, evitando também a seleção de perfis que causem prejuízo à empresa e aos seus colaboradores.

Ainda contribuindo, os estudos apresentaram, em Monteiro (2014), uma medida de autorrelato para a estimação de traços psicopatas, verificando-se em que medida os traços de personalidade, mediados pelos valores humanos, predizem fenótipos psicopatas. Em Costa (2019), uma outra medida de autorrelato sugeriu uma escala mais breve, denominada SRP-BR. E em Mathieu, Neumann e Hare (2015), o *B-Scan 360* é apresentado como uma medida de traços psicopáticos em ambientes corporativos, medindo a relação entre a percepção dos funcionários sobre características psicopáticas, no modelo de liderança *Full-Range*, testando a estrutura fatorial do *B-Scan 360*, em uma amostra organizacional.

No entanto, um instrumento bastante citado nos estudos e utilizado na detecção dos traços psicopatas é o PCL-R, sendo um instrumento de identificação, mas não detentor de fechamento de diagnóstico, criado e construído com uma base científica fidedigna, responsável pela identificação de traços psicopatas (HARE, 2003). Assim, como resultado, torna-se oportuna a utilização dessas ferramentas, que identificam personalidades nocivas nas corporações organizacionais e que deveriam ser utilizadas na política da gestão de pessoas, evitando perfis conflituosos.

Quadro 2: Análise dos estudos selecionados por meio de objetivos, resultados e conclusões

Autoria	Título do artigo	Objetivos	Resultados	Conclusão
POSSAS, M. C.; MEDEIROS, C. R.O.; VALADÃO JR., V. M.	Quem mais Veste Prada? Psicopatas Corporativos e Assédio Moral no Trabalho	Discutir as implicações da presença do psicopata corporativo no ambiente organizacional, associando ao assédio moral no trabalho.	As aproximações entre o conhecimento gerado sobre o contexto de atuação do psicopata corporativo e sua representação no cinema, justificando o cinema como um espaço intermediário entre ficção e realidade.	Outras produções cinematográficas que tratem de assédio moral sejam objeto de análise, focalizando de que modo o assediado lidou com a situação e o comportamento de psicopatas corporativos.
MONTEIRO, R. P.	Entendendo a Psicopatia: Contribuição de Traços de Personalidade e Valores Humanos	Verificar em que medida os traços de personalidade, mediados pelos valores humanos, predizem fenótipos psicopatas.	Os traços de personalidade foram bons preditores dos fenótipos psicopatas, e confirmou-se o papel mediador dos valores na relação entre personalidade e psicopatia.	Adaptação de uma medida de autorrelato para a estimação de traços psicopatas na população geral, apresentando evidências e aumentando o entendimento sobre a psicopatia.
MATHIEU, C.; NEUMANN, C.; HARE, R.D.	Psicopatia Corporativa e o Modelo de Liderança Abrangente	Medir a relação entre a percepção dos funcionários sobre características psicopáticas em seu supervisor e a avaliação de seu supervisor no Modelo de Liderança <i>Full-Range</i> ; testar a estrutura fatorial do <i>B-SCAN 360</i> em uma amostra organizacional.	Os resultados revelaram a mesma estrutura de quatro fatores e boa confiabilidade entre avaliadores para o <i>B-Scan 360</i> nos negócios.	Conclui-se que, no geral, os resultados fornecem suporte adicional para o <i>B-Scan 360</i> como uma medida de traços psicopáticos em ambientes corporativos.
TURRIONI, J. B.; SILVA, P.G.	Psicopatas Corporativos: Eles existem e deterioram o clima organizacional	Identificar a ação do psicopata corporativo dentro das organizações e suas consequências ao clima organizacional.	Observou-se que essas personalidades existem dentro das organizações e são identificadas pelos colegas, causando transtornos e prejuízos para as empresas.	Cabe à gestão de pessoas tentar impedir seu ingresso nas empresas ou desenvolver uma cultura organizacional forte, como uma barreira para atuação dessas personalidades.

<p>D'SOUZA, M. F.; JONES, D. N.</p>	<p>Taxonomia da Rede Científica do <i>Dark Triad</i>: Revelações no Meio Empresarial e Contábil</p>	<p>Caracterizar a pesquisa científica do <i>Dark Triad</i>, elucidando o direcionamento da temática no contexto empresarial e contábil.</p>	<p>O narcisismo é o mais explorado e associado à liderança e tomada de decisão empresarial, e a Psicopatia atrai a atenção dos pesquisadores quanto ao comportamento aversivo do líder no meio corporativo.</p>	<p>Os estudos apresentados merecem atenção dos gestores, no sentido de refletirem suas atitudes e dos seus funcionários no ambiente empresarial, cabendo ressaltar a importância de direcionar as temáticas dos estudos dos traços no contexto corporativo.</p>
<p>BALREDS, D. P.H.; WISSE, B.; SANDERS, S.; LAURIJSSE N, L. M.</p>	<p>Sem Consideração por Aqueles que Precisam: O Papel Moderador da Autoestima do Seguidor na Relação entre Psicopatia e comportamento do líder</p>	<p>Examinar a relação entre a psicopatia do líder e o comportamento egoísta do líder e investigar se a autoestima do seguidor afeta a ocorrência de comportamento de interesse próprio em líderes com tendências psicopáticas.</p>	<p>A psicopatia do líder estava positivamente relacionada ao seu comportamento de interesse próprio, mas apenas quando os seguidores tinham baixa autoestima, em vez de alta autoestima.</p>	<p>Os estudos mostraram que o grau em que traços psicopáticos são percebidos nos líderes refletem em seu comportamento e dependem das características de seus seguidores.</p>
<p>COSTA, H.P.</p>	<p>Psicopatia Corporativa: Um Estudo sobre Gestores no Brasil</p>	<p>Compreender a psicopatia corporativa, apresentando elementos teóricos e metodológicos para discussão do fenômeno e adaptar ao contexto brasileiro um instrumento de autorrelato em Psicopatia.</p>	<p>Evidenciaram validade fatorial e consistência interna satisfatórias, sugerindo uma escala mais breve, então denominada SRP-BR. E, no geral, os resultados atestaram a pertinência de utilização da medida que atendeu aos critérios de validade, precisão e parcimônia.</p>	<p>Identificaram-se fatores que inibem e favorecem a expressão psicopatia corporativa. Reconhecem-se limitações e propõem-se possibilidades de estudos futuros.</p>
<p>D'SOUZA, M.F.; LIMA, G.A.S. F.; JONES, D.N.; CARRÉ, J.R.</p>	<p>Eu ganho, a Empresa ganha ou ganhamos juntos? Traços Moderados do <i>Dark Triad</i> e Maximização</p>	<p>Investigar a atitude de executivos que exibem características com intensidade moderada entre os altos e baixos traços da <i>Dark Triad</i>.</p>	<p>Os gestores com traços moderados de Psicopatia evidenciaram menor disposição a maximizar ganhos por meio da manipulação de</p>	<p>Tais achados contribuem com futuras pesquisas que almejem analisar de modo sistemático o nível moderado</p>

	dos lucros		resultados. Disposição contrária foi revelada para aqueles com traços moderados de maquiavelismo, e o efeito combinado entre os traços do <i>Dark Triad</i> foi significativo e positivo, com a maximização oportunística dos ganhos.	da tríade e corroboram com os achados que revelaram as características comuns de manipulação, insensibilidade e desonestidade quando se investiga o efeito interativo entre os traços em questão.
GUERREIRO, A. R. P.	<i>Dark Triad</i> e a Percepção de Eficácia da Liderança	Verificar se existe uma possível relação entre os traços designados por <i>Dark Triad</i> e as práticas de liderança; analisar se pessoas com determinados traços dominantes de <i>Dark Triad</i> percebem da mesma forma ou de forma diferente a eficácia do líder.	Conseguiu-se verificar que em média os participantes se percebem com um ligeiro traço orientado para o narcisismo e não se percebem com traços de maquiavelismo e psicopatia.	De um modo geral, os indivíduos percebem um líder como eficaz com o conjunto das cinco práticas (Desafiador, Inspirador, Exemplar, Potenciador e Encorajador). As implicações desses resultados são discutidas, e as direções para estudos futuros são facultadas.
OLIVEIRA, D.P.; ESQUIVEL, C.L.W.; LINDINO, T. C.	O Psicopata Frente ao Crime de Corrupção	Compreender se a psicopatia pode se manifestar dentro de um ambiente em que ocorra a corrupção; descrever o que se entende por psicopata e identificar um indivíduo psicopata dentro da área médico legal.	Constatou-se que o grupo formado pelos personagens da série cria uma lógica própria de psicopatia, mostrando ser mais ligado a esquemas ou grupos do que um indivíduo que possua o transtorno em sua totalidade e seja autor do crime.	Observou-se que ser criminoso não é uma regra, pois nem todo indivíduo psicopata é criminoso, nem todo criminoso é psicopata. Neste estudo, indica-se a necessidade de um olhar mais atento e de novas condutas de encaminhamento.

Fonte: autoria própria

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste estudo foi compreender o comportamento antissocial ou psicopata na posição de liderança dentro das empresas corporativas. Além disso, descreveu o perfil psicopata ou personalidade antissocial, analisou o psicopata em liderança corporativa, relatou as consequências de uma liderança psicopata para o clima organizacional e evidenciou os danos causados nas vítimas referentes às ações do psicopata corporativo.

Foram enfatizados estudos que focavam na identificação dos perfis psicopatas, utilizando-se de instrumentos na gestão de pessoas, dentro das organizações, principalmente na identificação dos traços psicopáticos, citando-se a tríade sombria, o PCL-R, SRP-BR e o *B-Scan* 360. No entanto, necessita-se de pesquisas mais aprofundadas na temática do perfil psicopata no mundo corporativo.

Os psicopatas são caracterizados como não empáticos e insensíveis no campo das emoções, não necessariamente sendo assassinos, e suas articulações podem prejudicar pessoas; assim, no campo do estudo demonstrado, podem estar presentes nas empresas corporativas. No entanto, ainda há uma limitação nos estudos em relação ao psicopata no mundo corporativo, no que diz respeito a aprofundar e detectar de maneira comprovada a presença desses indivíduos.

Foram enfatizados traços da tríade sombria, que, dentro de um modelo psicopata, podem nutrir traços narcisistas e maquiavélicos. Uma contribuição bastante pertinente quanto a isso se encontra no estudo dessa tríade sombria, com a identificação dos traços sombrios da personalidade e a utilização de um instrumento eficaz, como o PCL-R, que detecta os traços mais presentes nas personalidades dos indivíduos corporativos, contribuindo com a identificação destes e evitando o ingresso de pessoas nocivas nas empresas.

O tema escolhido foi decorrente das vivências da autora no meio corporativo, com observações pertinentes, que colaboraram com a construção deste estudo, trazendo uma percepção dos perfis que podem estar sendo inseridos nas empresas e que podem ser prejudiciais ao clima organizacional e à gestão de pessoas, principalmente quando ocupam uma posição de liderança. Como limitações, pode-se apontar que os estudos apresentaram uma limitação no fechamento do diagnóstico psicopata, corroborando no apontamento de traços psicopatas, exigindo um maior

aprofundamento e pesquisas dos sujeitos envolvidos em traços psicopatas no mundo corporativo.

No entanto, faz-se necessária, ainda, a exploração desse tema, de pesquisas que se voltem ao contexto do psicopata corporativo, principalmente no contexto brasileiro, para melhor compreender esse tipo de processo, pensando tanto do ponto de vista avaliativo como interventivo.

REFERÊNCIAS

ADREWS, S. Os psicopatas ao nosso redor. **Revista Época**, n.489, 2007. Disponível em: <http://revistaepoca.globo.com/Revista/EPOCA/0,EDR79349-6048,00.html>.

Acesso em:
11 nov. 2021

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-V)**. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013. Disponível em <<http://bibliotecacafea.com/2...apa-6a-edicao-e-abnt-nbr-147242011/>> Acesso em : 02 nov. 2021.

ANDERSHED; H. KERR, M., STATTIN & H., LEVANDER, S. Psychopathic traits in non-referred youths: initial test of a new assessment tool. In: BLAAUW, E.; SHERIDAN, L. (Orgs.). **Psychopaths: Current international perspectives**. Hague, Holanda: Elsevier, 2002. (p.131-158).

ASAD, S., YASUO, H., & HASSAN, H. (2016). Determinants of Leadership Style in Big Five Personality Dimensions. **Universal Journal of Management**, v.4, n.4, p. 161-179, 2016.

BABIAK P; HARE, R. Snakes in suits: When psychopats go to work. **Psychologieprace**. New York, Estados Unidos: Harpers Collis Publisher. 2006. Disponível em <<http://www.psychologieprace.cz/SharedFiles/Download.aspx?paigeid=5&mid=16&filed=44>>. Acesso em: 12 nov. 2021

BARELDS, D.P.H.; WISSE, B.; SANDERS, S.; LAURIJSEN, L.M. No Regard for Those Who Need It: The Moderating Role of Follower Self-Esteem in the Relationship Between Leader Psychopathy and Leader Self-Serving Behavior. **Frontiersin**. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2018.01281/full#:~:text=More%20importantly%2C%20we%20found%20that,serving%20behavior%20were%20positively%20related>. Acesso em: 02 nov. 2021

BASS, B. M.; BASS, R. **The Bass handbook of leadership: Theory, research, and managerial applications**. New York, NY: Simon and Schuster, 2009.

BLACK, P. J. **The dark triad and interpersonal assessment of vulnerability: cues used and accuracy.** 2013. 138 f. A thesis submitted in the Faculty of Graduate Studies(Psychology). The University of British Columbia(Okanagan), 2013.

BODDY, C.R. The implications of corporate psychopaths for business and society: an initial examination and a call to arms. **Australasian Journal of Business and Behavioural Sciences**, v.1, n. 2, p.30-40, jan., 2005.

CASTRO, M.E.F.G.; CAMPOS, G. R. M. A Psicanálise Frente aos Significantes Supremos na Contemporaneidade. **Responsabilidades**. Belo Horizonte, v.1, n.1, p.133-143, mar./ago.2011.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas**. 2.ed. São Paulo: Campus, 2008.

_____. **Administração de recursos humanos: fundamentos básicos**. 7.ed. São Paulo: Manole, 2009.

CLARKE, J. **Trabalhando com monstros: como identificar psicopatas no seu trabalho e como se proteger deles**. 2.ed. São Paulo: Fundamento Educacional, 2011.

CLECKLEY, H. **The mask of sanity: na attempt to clarify some issues about the so-called psychopathic personality**. Oxford: Mosby, 1941.

CORDEIRO, J. **Psiquiatria forense**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2003.

CORTELLA, S. M. **Qual é a tua obra: Inquietações propositivas sobre gestão, liderança e ética**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2009. 93 p.

COSTA, A.R.L.; SIMÕES, N.C. Três é demais: Conceito e avaliação da tríade sombria. **Revista Ciência e Profissão**. Disponível em: <<http://www.cienciaeprofissao.com.br>> Acesso em 15 nov. 2021

COSTA, H.P. **Psicopatia corporativa: um estudo sobre gestores no Brasil**. 2019.171f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós-graduação em Psicologia, Fortaleza, 2019.

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

DAYNES, K; F. J. **Como identificar um psicopata: cuidado, ele pode estar mais perto do que você imagina**.1. ed. São Paulo: Cultrix, 2012.

D`SOUZA, M.F.; JONES, D.N. Taxonomia da Rede Científica do Dark Triad: Revelações no Meio Empresarial e Contábil. **Revista da Educação e Pesquisa em Contabilidade**, Brasília, v.11, n.3, p.296-313, 2017.

D`SOUZA, M. F.; LIMA, G. A. S. F.; JONES, D. N.; CARRÉ, J. R. Eu ganho, a empresa ganha ou ganhamos juntos? Traços moderados do Dark Triad e a maximização de lucros. **Revista Contabilidade & Finanças**, [S. l.], v. 30, n. 79, p. 123-138, 2019.

FORTH, A.E.; KOSSON, D.S.; HARE, R.D. **The Psychopathy Checklist: Youth version manual**. Toronto, Canadá: Multi- Health Systems, 2003.

FORTH; BROWN; HART; HARE. The assessment of psychopathy in male and female noncriminals: Reliability and validity. **Personality and Individual Differences**, v.5, n.20, 531-543, maio, 1996.

FREITAS, M.E. de. Quem paga a conta do assédio moral no trabalho? **RAE-Eletrônica**, v.6, n.1, janeiro-junho, 2007. Disponível em: <https://rae.fgv.br/rae-eletronica/vol6-num1-2007/quem-paga-conta-assedio-moral-no-trabalho>. Acesso em: 12 nov. 2021

FREITAS, M.E.; HELOANI, J.R.; BARRETO, M. **Assédio moral no trabalho**. São Paulo, SP: Cengage Learning, 2008.

GLINA, D.M.R.; ROCHA, L.E. **Saúde mental no trabalho: da teoria à prática**. São Paulo, SP: Roca, 2010.

GUERREIRO, A.R.P. **Dark Triad e a Percepção de Eficácia da Liderança**. 2021. Dissertação (Mestrado em Gestão de Recursos Humanos) – Universidade Europeia, Lisboa, 2021.

GUNN, J. Psychopathy: An exclusive concept with moral overtones. In: MILLON, T.; BIRKET- SMITH, M. (Orgs.). **Psychopathy: Antisocial, criminal, and violent behaviour**. New York: Guilford Press, 2003. p. 32-39.

HARE, R.D. **Psychopathy Checklist-Revised**. 2nd Edition. Toronto, Ontario, Canada: Multi- Health Systems Inc, 2003.

HARE, R. D. **Manual Escala de Hare PCL-R: critérios para pontuação de psicopatia-revisados**. Versão brasileira: Hilda Morana. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.

HARE, R. **Snakes in suits: When psychopaths go to work**. NewYork, Estados Unidos: Harper Collins Publisher, 2006.

HARE, R.; NEUMANN, C. Psychopathy as a clinical and empirical constructo. **Annu. Rev. Clin. Psychol.**, v. 4, p.217-246, 2008.

HARE, R.D. **Sem consciência: o mundo perturbador dos psicopatas que vivem entre nós**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2013.

HIRIGOYEN, M. **Mal-estar no trabalho: Redefinindo o assédio moral**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

HORTA, M. Psicopatas no trabalho. **Revista Super Interessante**, v.291, maio, 2011.

HUNTER, J. C. **Como se tornar um líder servidor: os princípios de liderança de O Monge e o Executivo**. Rio de Janeiro: Sextante, 2006.

LAGOS, A. S.; SCAPIN, A. L. Transtorno de Personalidade Antissocial e Serial Killers: Uma Revisão da Produção Acadêmica. **Revista Uningá**, v.53, n.1, 2017.

LEVENSON, M.; KIEHL, K.; FITZPATRICK, C. (1995). Assessing psychopathy attitudes in a non-institutionalized population. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.68, p.151-158, 1995.

LEWIN, K. **Teoria de campo em ciência social**. São Paulo: Pioneira, 1965.

LILIENFELD, M.R.; & ANDREWS, B.P. (1996). Development and preliminary validation of a self report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. **Journal of Personality Assessment**, v.66, p. 488-524, 1996.

MATHIEU, C.; NEUMANN, C.; BABIAK, P.; HARE, R.D. Corporate psychopathy and the full-range leadership model. **Assessment**, v.22, n.3, p.267-78, junho, 2015.

MENDES, A. M. Da psicodinâmica à psicopatologia do trabalho. In: MENDES, A.M. **Psicodinâmica do trabalho: Teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2007.

MONTEIRO, R.P. **Entendendo a psicopatia: Contribuição dos traços de personalidade e valores humanos**. 2014. 186f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2014.

MORANA; STONE; ABDALLA. Transtornos de personalidade, psicopatia e serial killers. **Revista Bras. Psiquiatr.**, v. 28, n. II, p. 74-79, 2006.

ODA, A. M.G.R. A paranoia em 1904: uma etapa na construção nosológica de Emil Kraepelin. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 12, n.3, p.318-332, jun., 2010.

OLIVEIRA, D.P.; ESQUIVEL, C.L.W.; LINDINO, T.C. O Psicopata Frente ao Crime de Corrupção: Análise da Série: O Mecanismo. **Pleiade**, v.14, n.31, p. 41-62, jul.-dez., 2020.

POSSAS, M.C.; MEDEIROS, C.R.O.; VALADÃO, V.M. Organizing: Compreendendo Interações e Práticas do Grupo Galpão. **Revista de Administração de Empresas**, Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas, v.57, n.5, setembro-outubro, p.439-452, 2017.

REZENDE, L.O. Revisitando os elementos estruturais do assédio moral: um caminho metodológico necessário para a correta compreensão do tema no âmbito jurídico. In: SOBOLL, L.A. **Violência psicológica e assédio moral: Pesquisas brasileiras**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2008.

SILVA, A.B.B. **Mentes perigosas: O psicopata mora ao lado**. 2. ed. São Paulo: Globo, 2014.

SMITH, S.F.; LILIENFELD, S.O. Psychopathy in the workplace: The knowns and unknowns. **Personality And Individual Differences**, v.18, p.204-219, nov. 2013.

SOEIRO, C.; GONÇALVES, R. A. O estado de arte e conceito de psicopatia. **Análise Psicológica**, vol.28, n.1, p. 227-240, 2010.

SOUZA, M. T.; SILVA M.D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: O que é isto? Como fazer? **Einstein**, São Paulo, v. 8, n.1, p. 102-106, 2010.

THE CORPORATION: The Pathological Pursuit of Profit and Power. ACHBAR, M.; ABBOTT, J.; BAKAN, J. Documentário, DVD, Big Picture Media Corporation, 2003.

TURRIONI, J.B.; SILVA, P.G. **Psicopatas Corporativos: Eles Existem e Deterioram o Clima Organizacional**. <https://www.aedb.br >artigos16>

ULLRICH, S., FARRINGTON, D.P., & COID, J.W. Psychopathic personality traits and life-success. **Personality and Individual Differences**, v.44, n.5, p. 1162-1171, 2008.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VAUGH, M.G., & HOWARD, M.O. The construct of psychopathy and its potential contribution to the study of serious, violent, and chronic youth offending. **Youth Violence and Juvenile Justice**, v.3, n.3, p. 235-252, 2005.

VIEN, A.; BEECH, A.R. Psychopathic: theory, measurement, and treatment. **Trauma, Violence, & Abuse**, v.7, n.3, p.155-174, 2006.

WALLACE, J.F.& NEWMAN, J.P. RST and psychopathy: associations between psychopathy and the behavioral activation and inhibition systems. In: CORR. P.J. **The reinforcement sensitivity theory of personality**. New York: Cambridge University Press, 2008.

WEXLER, M.N. Conjectures on systemic psychopathy: reframing the contemporary Corporation. **Industrial and Commercial Training**, v.3, p.224-238, 2008.

WILLIAMS, K.M.; NATHANSON, C.; PAULHUS, D.L. **Structure and validity of the self-report psychopathy scale-III in normal populations**. Pôster apresentado 111th anual convention of the American Psychological Association, Toronto, Canadá, 7-10 de agosto de 2003.

YUKL, G. **Leadership in organizations**. Delhi: Pearson Education, 2002.

NUTRIÇÃO E SEUS BENEFÍCIOS NO AUTISMO INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Alline Amorim de Brito³

Ana Flávia de Oliveira Borba Coutinho⁴

RESUMO

O objetivo geral deste estudo consiste em analisar as evidências científicas sobre os impactos da nutrição em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA). E como objetivos específicos: Identificar a seletividade alimentar das crianças autistas; Associar as questões alimentares com o comportamento das pessoas dentro do autismo; Avaliar a ligação entre nutrição e autismo. Esta pesquisa trata-se de uma revisão integrativa realizada através de um levantamento de pesquisa bibliográfica, no Google Acadêmico, como os seguintes descritores: autismo, alimento, microbiota. Os critérios para inclusão foram artigos originais disponíveis na íntegra, publicados nos anos de 2020 e 2021, no idioma português. Foram excluídas dissertações, teses, e publicações que não estavam disponíveis gratuitamente e duplicatas. A pesquisa resultou em 56 artigos no Google acadêmico, mas depois de aplicados os critérios de exclusão ficaram 6 artigos para análise. O TEA, muitas vezes nomeada simplesmente como autismo, afeta o desenvolvimento neurológico, de forma complexa e heterogênea que compromete as habilidades sociais, verbais e não verbais, comportamentais, gastrointestinais, carência de vitaminas e de minerais. Atualmente existem vários modelos de tratamentos alternativos, dentre elas existem a dieta zero glúten e caseína com associação a suplementação de algumas vitaminas, minerais, ômega 3 e antioxidantes. Conclui-se que são importantes os benefícios das terapias alternativas e complementares para uma melhora em relação aos sintomas gastrointestinais e seletividade alimentar nas crianças com TEA e consequentemente ganhos comportamentais, que auxiliam na qualidade de vida das crianças com TEA e seus familiares.

Palavras-chaves: Transtorno do Espectro Autista; Nutrição; Comportamento; Microbiota.

ABSTRACT

The general objective of this study is to analyze the scientific evidence on the impacts of nutrition on children with Autism Spectrum Disorder (ASD). And as specific objectives: Identify the nutritional selectivity of autistic children; Associate food issues with the behavior of people within autism; Assess the link between nutrition and autism. This research is an integrative review carried out through a survey of bibliographic research, in Academic Google, with the following descriptors: autism, food, microbiota. The inclusion criteria were original articles available in full, published in 2020 and 2021, in Portuguese. Dissertations, theses, and publications that were not freely available and duplicates were excluded. The search resulted in 56 articles on academic google, but after applying the exclusion criteria, 6 articles remained for analysis. ASD, often referred to simply as autism, affects neurological

³ Graduanda de Psicologia do UNIESP. Email: 20171111021@gmail.com.

⁴ Profa. Orientadora do curso de Psicologia. Email: anaflaviabc@gmail.com.

development in a complex and heterogeneous way that compromises social, verbal and non-verbal, behavioral, gastrointestinal, vitamin and mineral deficiencies. Currently there are several models of alternative treatments, among them there is the zero gluten and casein diet with an association with the supplementation of some vitamins, minerals, omega 3 and antioxidants. It is concluded that the benefits of alternative and complementary therapies are important for an improvement in relation to gastrointestinal symptoms and food selectivity in children with ASD and consequently behavioral gains, which help in the quality of life of children with ASD and their families.

Keywords: Autism; Nutrition; Behavior; Microbiota.

INTRODUÇÃO

O termo autismo foi denominado inicialmente em 1911, pelo psiquiatra Eugen Bleuler, que descreveu alguns sintomas observados na esquizofrenia como; agitação, comportamento compulsivo, isolamento social, ansiedade, apatia e coordenação motora comprometida. Contudo, os estudos foram aprofundados e diferenciados de outros sintomas em 1943, pelo médico austríaco Leo Kanner. O nome 'autismo' foi sugerido por Kanner para chamar a atenção ao prejuízo identificado nas habilidades de interações sociais que apareciam com evidência desde o início da vida das pessoas acometidas pelo transtorno (KLIM, 2006).

Neste artigo será utilizada a nomenclatura TEA (Transtorno do Espectro do Autismo) conforme o Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-5) que será especificado a seguir. Nos 11 casos identificados por Kanner foi destacado que as crianças possuíam o desinteresse pelo mundo ao redor, uma boa capacidade de memorização mecânica (como decorar falas de personagens), linguagem não funcional, ou seja, sem comunicação efetiva, fala repetitiva (ecolalia) e hiper ou hiposensibilidade aos estímulos (comprometimento sensorial). Em 1944 foi publicado um estudo por Hans Asperger, onde foi observado que existia, mesmo com tantas semelhanças do autismo, um grupo de sujeitos com níveis de altas habilidades cognitivas e linguagens superiores. Esse achado de Hans Asperger foi resgatado apenas na década de 1970 onde se deu origem a um diagnóstico conhecido como Síndrome de Asperger (KLIM, 2006).

Neste sentido, observa-se que no autismo as manifestações comportamentais são heterogêneas e de diversos graus de comprometimento podendo advir de diversos fatores etiológicos (MAGAGNIN *et al.*, 2021).

O DSM-5 define como características marcantes do transtorno autista o comprometimento ou ausência da fala, inabilidade persistente na comunicação social, padrões de comportamentos restritos e estereotipados, seletividade alimentar, resistência a mudanças, fixação por materiais que giram de forma repetitiva (rodas de carrinhos e ventiladores), enfileiramento de objetos, insistência em rotinas, rituais verbais e não verbais, inflexibilidade a mudanças, padrões rígidos de comportamentos e pensamentos, dificuldade no contato visual, interação social e atraso na aprendizagem. Estes sintomas podem estar presentes, no período de desenvolvimento, ainda na fase da infância, sendo estes atualmente classificados em três níveis diferentes: leve, moderado e Severo, a depender do seu nível de independência (APA, 2014).

Segundo Mundy (2011), as estimativas atuais de prevalência são de cerca de três a cinco crianças em cada mil. Destes, observa-se que 2/3 são do sexo masculino e 1/3 do sexo feminino (ASSUMPÇÃO JUNIOR, 2000). As crianças com autismo geralmente são muito seletivas e persistentes ao novo, dificultando a inserção de novos alimentos. Conseqüentemente, deve-se ter o cuidado ao ingerir alimentos como glúten, caseína e lactose, bem como, alimentos que não sejam saudáveis. Comportamentos repetitivos e interesses restritos podem ter papel importante na seletividade dietética dessas crianças (PHILIPP, 2000).

Neste sentido, a dieta é considerada uma alternativa segura para as crianças com autismo, que podem trazer melhoras no comportamento destes, com o uso de dietas específicas de exclusão de alimentos que possuem glúten, lactose e caseína e ingestão de suplementação de vitaminas, ômega 3 e probióticos.

Diante do contexto exposto, este artigo apresenta uma discussão acerca da nutrição de crianças autistas, de forma a amenizar os sintomas comportamentais e fisiológicos e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida desses sujeitos.

Trata-se de uma Revisão Integrativa, a qual segundo Cooper (2012) *apud* Cardoso (2018) tem como seu principal objetivo resumir o estado acumulado de conhecimento em cima de um assunto de interesse. A partir dos relatos e os estudos em relação ao TEA e alimentação que foram realizados por pesquisadores, médicos e nutricionistas, chegou-se à seguinte pergunta de pesquisa: **Como a nutrição pode auxiliar a amenizar os sintomas do autismo infantil?**

A realização deste estudo é importante para contribuir na reflexão do estado da arte sobre estratégias de nutrição que visem a melhoria da qualidade de vida das crianças autistas, de forma a melhorar os sintomas do paciente, conseqüentemente melhorando a qualidade de vida dos pais, familiares e cuidadores. Além de trazer à tona, novas discussões sobre a nutrição das crianças autistas e a participação dos pais e cuidadores neste processo.

O presente artigo possui como objetivo geral analisar as evidências científicas sobre os impactos da nutrição em crianças autistas. E como objetivos específicos: Identificar a seletividade alimentar das crianças autistas; associar as questões alimentares com o comportamento das pessoas dentro do autismo; identificar a ligação entre nutrição e autismo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesta fundamentação teórica apresenta-se primeiramente o estado da arte do autismo, desde os estudos pioneiros delineados na década de 1940 até os dias atuais. Em seguida aborda-se um tópico sobre Nutrição e autismo com o propósito de ampliar os olhares diante desse transtorno tão complexo que é o TEA.

ESTADO DA ARTE DO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

De acordo com o DSM-5 o TEA é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades na interação social, comunicação e comportamento repetitivo e restrito. Sabe-se que os sintomas variam de caso a caso, porém estes elementos são determinantes no diagnóstico (APA, 2014).

Segundo a evolução histórica do autismo, em 1911, o psiquiatra Eugen Bleuler caracterizou a esquizofrenia utilizando o termo autismo para explicar o distanciamento da realidade que existia nesta doença, além do distanciamento do indivíduo com o mundo. Bleuler provocou conflitos entre a psiquiatria infantil na época, por dificultar a divisão do autismo das demais demandas psiquiátricas (MARINHO; MERKLE, 2009 apud SILVA 2017).

Conhecido como pioneiro nas pesquisas acerca do autismo, o psiquiatra austríaco Leo Kanner, em 1943, definiu o autismo como um mundo distante,

estranho e cheio de enigmas, que se referem ao próprio conceito do autismo e suas causas. Entretanto, compreendeu o autismo como algo à parte da esquizofrenia, apesar de terem algumas semelhanças (RIVIERE 2007).

Conforme Kanner (1943 *apud* COUTINHO, 2012) no seu estudo pioneiro realizado em 11 casos de crianças que possuíam “um isolamento extremo desde o início da vida e um desejo obsessivo pela preservação da mesmice””. Nesta ótica, as crianças autistas possuem três características marcantes: a qualidade da relação; alteração da comunicação e da linguagem; falta de flexibilidade mental e comportamental, tríade utilizada até os dias atuais. E no avanço da história do autismo podem-se destacar quatro momentos cruciais para esclarecer o transtorno.

QUADRO 1: Estado da arte do Autismo

AUTISMO	Primeiro Momento (1943-1963)	Segundo Momento (1963-1983)	Terceiro Momento (1983-2012)	Momento Atual (2012-2021)
Definição	O autismo é denominado como "A psicopatia autista na infância" um transtorno de ordem emocional, Sendo compreendido como um distúrbio do afeto, com prejuízo na linguagem e comunicação, preservação de rotina, fixação e uma potencialização cognitiva	O autismo começa a ser visto como um distúrbio cognitivo. Deixa de ser visto como uma condição ambiental e afetiva. Sendo visto como um transtorno do desenvolvimento onde inclui o déficit cognitivo grave advindo de uma disfunção cerebral	O autismo é um Transtorno Global do Desenvolvimento. Há autores que defendem a visão cognitivista da teoria da mente, na qual o autista não possui a capacidade de imaginar e entender o estado mental dos outros. Por terem um mecanismo cognitivo próprio, responsável pela habilidade prejudicada, e assim têm o comportamento social comprometido	O autismo é um transtorno do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldade de interação social, comunicação e comportamentos repetitivos e restritos, com critérios de inabilidade na comunicação social, rigidez no comportamento, os sintomas devem estar presente no período de desenvolvimento. Todos esses prejuízos estão presentes em três níveis: leve, moderado e severo
Origem do transtorno	Etiologia do autismo estaria na negligência dos cuidados dos pais com as crianças	A culpa dos pais foi dizimada devido a ausência de justificativas empíricas, e por se encontra associação com os transtornos neurobiológicos	Os autistas possuem uma características biológicas que podem resultar na origem do transtorno.	Inter-relacionados a fatores ambientais e genéticos

Tratamento	Emprego do estabelecimento de laços afetivos saudáveis entre pais e filhos	Iniciou a educação como tratamento do autismo através de técnicas de procedimento de modelagem do conduta para ajudá-los a desenvolverem. Além da criação de escolas especializadas. Fundadas por associações de pais e cuidadores	O tratamento mais usado é a educação de modo mais realista e natural, com mais respeito e equidade para com essas pessoas. Uso medicamentoso para tratar as comorbidades associadas ao transtorno. Não tem cura, mas pode promover uma melhor qualidade de vida para as crianças e seus cuidadores	Educação inclusiva em escolas regulares, acompanhamento multidisciplinar, horas de estímulos diários e uma dieta saudável rica em nutrientes
------------	--	--	--	--

Fonte: adaptado de Coutinho (2012)

No **primeiro momento** do estudo do autismo, Kanner (1943 *apud* COUTINHO, 2012) percebeu que existia uma ligação entre o autismo e a expressão materna, determinando alguns fatores relacionados à personalidade dos autistas. Segundo este autor, a depressão materna distanciava o afeto emocional de mãe e filho. Tal crença ficou conhecida como “hipótese da mãe geladeira”. Apesar de Kanner ser uma referência importante no estudo do autismo, sabe-se que com o passar dos anos esta teoria da mãe-geladeira foi totalmente descartada, pois a questão do autismo é mais complexa, inter-relacionada a fatores ambientais e genéticos. Vale ressaltar que essa hipótese ainda continuou no pensamento e na reestruturação da etiologia do autismo, como demonstra os estudos do psicanalista Bruno Bettelheim ao defender que a etiologia do autismo estaria na negligência dos cuidados dos pais com as crianças, (BETTELHEIM, 1976 *apud* MORAES, 2021). Já em 1955 o autor referiu-se em seu livro *Fugitivos pela vida*, em relação a essa hipótese, deixando de utilizá-la.

Neste mesmo momento o médico austríaco Hans Asperger (1944), publicou um artigo nesse mesmo ano intitulado “A psicopatía autista na infância”, no qual observou em seu estudo no Departamento de Pedagogia Terapêutica da Clínica Pediátrica Universitária de Viena que mesmo com tanta semelhança do autismo um grupo de crianças com níveis de altas habilidades cognitivas e linguagens superiores (KLIM, 2006).

De acordo com Coll (2007) denomina-se como **segundo momento** do estudo do autismo, por volta de 1960 a 1983 quando um conjunto de fatores influencia a um novo olhar científico do autismo como também um tratamento para o mesmo. Neste

momento se encontrava os principais indícios da associação do autismo com transtornos neurobiológicos. Neste processo foram formuladas hipóteses de que existem alterações cognitivas (mais do que afetivas), onde se explica as dificuldades na comunicação, nas relações e rigidez do comportamento, influenciando no desenvolvimento de procedimentos que ocorre uma modificação de conduta para ajudar no crescimento bem como, a criação de escolas específicas para o público autista, criadas e patrocinadas por pais e familiares de autistas.

Ainda segundo Coll (2007) nestes últimos anos com todas as mudanças importantes foi permitido definir um **terceiro momento** da definição do autismo, que se caracteriza até os anos de 2012, dando um enfoque que originou uma nova perspectiva evolutiva como um transtorno do desenvolvimento. Neste momento o autismo conquistou um enfoque como um tema muito discutido em psicologia evolutiva, e não só na área da psicopatologia, onde tradicionalmente o autismo era visto como “psicose infantil”, sendo substituído por “transtorno global do desenvolvimento”.

Conforme a nova classificação do DSM-5 que atualmente pode-se chamar como um **quarto momento** do estudo do autismo, trazendo várias modificações no diagnóstico do autismo alterando e ampliando os horizontes em relação ao desenvolvimento da comunicação, interação social e comportamento. Entre os diversos sintomas que caracterizam o autismo o DSM-5 dá-se como critério a inabilidade na comunicação social, rigidez no comportamento, os sintomas devem estar presente no período de desenvolvimento. Todos esses prejuízos estão presentes em três níveis: leve, moderado e severo (APA, 2014).

No **quinto momento** observamos a evolução na forma de ver, entender e estudar o autismo onde mostra a complexidade da síndrome e a diversidade de níveis, graus e comprometimentos que as pessoas com tal transtorno podem apresentar, incluindo, sobretudo, as questões alimentares que podem comprometer o comportamento dos indivíduos com TEA.

NUTRIÇÃO E TEA

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é caracterizado por um conjunto de alterações atípicas no neurodesenvolvimento da criança. Nos últimos anos o TEA

teve um aumento significativo, conforme se observa em dados obtidos em 2014 até 2020, nos Estados Unidos, que revelam uma prevalência de uma a cada 68, ou seja, um diagnóstico de transtorno psiquiátrico da infância que cresceu vertiginosamente em um curto período de tempo, caracterizando uma suposta epidemia (ALMEIDA; NEVES 2020).

Além dessas alterações sensoriais, de comportamento, de interação social e de linguagem, também existem as comorbidades que muitas vezes acompanham o transtorno, como: o TDAH (Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade) e os gastrointestinais que também são comuns em crianças com TEA, tendo como sintomas constipação crônica, diarreia e dor abdominal. Neste sentido, existem evidências de haver uma associação entre a presença de sintomas gastrointestinais e a gravidade dos sintomas da síndrome, uma vez que indivíduos com o TEA que têm problemas gastrointestinais tendem a apresentar maior irritabilidade, ansiedade e isolamento social, causados pelo desconforto da inflamação (BIANCHINE; SOUZA, 2013).

Segundo Gomes (2020), mesmo o TEA sendo classicamente estudado como um distúrbio neurológico, surgem novos relatos que acreditam existir uma ligação direta entre intestino-cérebro, sendo interligadas as atividades relacionadas com o intestino e o sistema nervoso central, causando consecutivamente um envolvimento na fisiopatologia de várias desordens do sistema nervoso central dos autistas, que geralmente apresentam problemas de saúde gastrointestinal como mobilidade intestinal, respostas adversas a alguns alimentos como também a falta de absorção de alguns nutrientes que podem ser causados ou exacerbados por padrões comportamentais restritos, como exemplo a seletividade alimentar.

Diante de toda a complexidade que envolve o espectro, é importante que haja cuidados alimentares em indivíduos com TEA, porque a seletividade alimentar diminui bastante as vias de nutrição, e devem ser observados os alimentos que podem causar inflamações gastrointestinais visando uma ferramenta a mais de diagnóstico e prevenção dos agravos aos sintomas e saúdes de pessoas com o TEA. Estes alimentos promovem uma reação inflamatória causada por células do sistema imune, que produz uma grande quantidade de citocinas pró-inflamatórias na mucosa gastrointestinal, limitando a absorção de nutrientes.

De acordo com Borges *et al.* (2014), existe um consenso na literatura com relação à existência de interdependência funcional e interligação contínua entre o cérebro, o intestino e o sistema imunológico, visto que a homeostase funcional em todos os três sistemas é assegurada por substâncias múltiplas, tais como os hormônios, os neuropeptídeos, os neurotransmissores e as citocinas.

Geralmente os sistemas imunológicos são imaturos ao nascer e precisam de estímulos e interações ambientais apropriadas para que o desenvolvimento ocorra novamente. O cérebro requer estímulos sensoriais do meio ambiente, o sistema imunológico requer estímulos antigênicos e o intestino, por sua vez, necessita de colonização microbiana e de substrato alimentar, além da integridade morfológica e funcional (GOMES *et al.*, 2016).

Para Mundy (2011), foi utilizada a endoscopia com biópsia para examinar o trato digestório de 36 crianças autistas que, concomitantemente, apresentaram dor abdominal, diarreia, dor crônica, distensão abdominal, dificuldades com o sono ou irritabilidade inexplicável. Achados anormais incluíram esofagite de refluxo em 25 das crianças, gastrite crônica em 15, e duodenite crônica em 24 delas. Baixa atividade das enzimas digestivas intestinais para carboidratos foi observada em 21 crianças, enquanto 27 apresentaram aumento da secreção pancreática e da secreção biliar após a administração intravenosa do hormônio gastrointestinal secretina (PINHO *et al.*, 2011).

Conforme Vêras e Nunes (2019), essa relação entre intestino e cérebro é cientificamente descrita como um eixo cérebro e intestino, e de forma mais elaborada e completa podemos denominar este eixo como cérebro-intestino-microbiota, essas alterações entre um dos eixos podem ocorrer em uma via de mão dupla, ou seja, originadas do intestino para o cérebro, como do cérebro para o intestino, como por exemplo, a síndrome do intestino irritável, podem desencadear fatores que geram hipótese sobre outras patologias ou transtornos, como o TEA, transtorno do humor e do afeto, doença de Parkinson, depressão, esquizofrenia e dor crônica.

Segundo Vêras e Nunes (2019), o conjunto de microrganismos e seus materiais genéticos são denominados microbiotas. A presença de ácidos graxos de cadeia curta no intestino se dá pela fermentação da microbiota, e é bom para o hospedeiro. Porém, o excesso de alguns desses ácidos graxos pode afetar o

sistema nervoso central, levando a sintomas neurológicos. Foi visto em laboratório que a ingestão de ácidos graxos, por exemplo o propionato, que vem de alimentos como leite e seus derivados em excesso levou a comportamentos do TEA, que foi em seguida confirmado através de observação em que existe altas concentrações desse ácido no sangue das crianças afetadas.

Existe uma rota principal do eixo que ocorre através do nervo vago, levantando uma grande relação entre uma comunicação, a microbiota e os efeitos comportamentais centrais. Dentre os neurotransmissores envolvidos no eixo cérebro-intestino, a serotonina se destaca, visto que é responsável pela modulação de neurodesenvolvimento onde age de forma significativa nas habilidades sociais e nos comportamentos repetitivos. No caso do TEA há um aumento dessa bactéria (Ex.). Clostridium e lactobacilos intestinais que influenciam diretamente no metabolismo da serotonina (tem como função regular o sono, apetite, humor, funções cognitivas) e de outros neurotransmissores (VÉRAS; NUNES, 2019).

Os estudos sobre a nutrição no TEA são diversificados, mas percebe-se que eles apresentam um alerta para um grande desequilíbrio metabólico que acontece e que precisa ser investigado e tratado, deixando claro que há uma estreita relação entre a saúde do intestino e o funcionamento cerebral correto. Existem alguns fatores desencadeantes desse desequilíbrio; a exposição a toxina, viroses, metais pesados, antibióticos e alterações imunes inatas que age concomitante com uma predisposição genética. É importante ressaltar que existem crianças que apresentam os sintomas de TEA como comorbidades de uma doença neurológica como X Frágil, síndrome de Down, neurofibromatose e outras condições clínicas que também precisam ser acompanhadas frequentemente (MARCELINO, 2010).

METODOLOGIA

Este artigo trata-se de uma Revisão Integrativa, a qual segundo Cooper apud Cardoso (2018) tem como seu principal objetivo resumir o estado da arte do autismo acumulado de conhecimento em cima de um assunto de interesse. Este estudo é embasado seguindo as seis etapas propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010) as quais são: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) busca ou amostragem na

literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados e 6) apresentação da revisão integrativa.

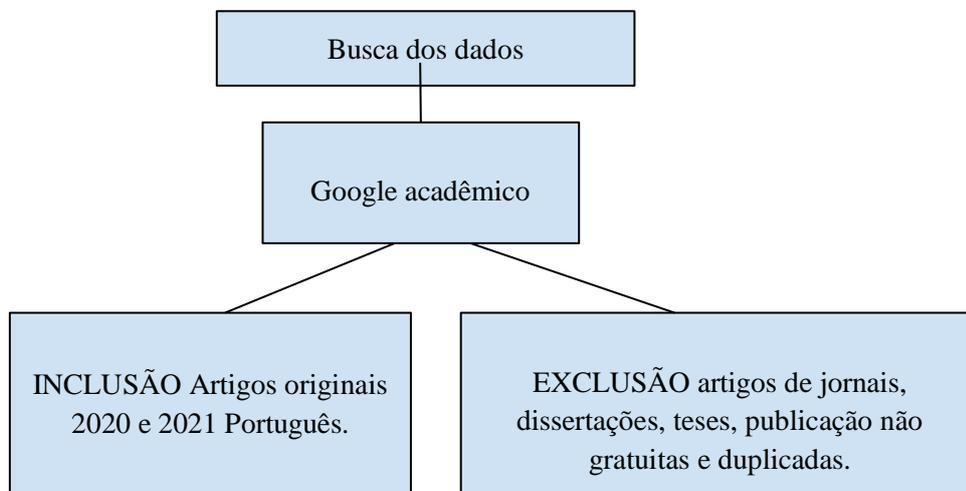
Primeiramente foi definida a seguinte questão norteadora deste artigo, considerando a população, o problema de interesse e o contexto do estudo: Qual a relação entre o TEA e os alimentos que causam transtornos do comportamento? Para cumprir a etapa 2 que consiste em busca de literatura foi necessário ter contato com livros, artigos e produções científicas sobre a temática, para assim poder ter respostas para a questão norteadora e será também possível responder aos objetivos desta pesquisa (FARIAS FILHO; ARRUDA FILHO, 2015).

Na etapa 3, coleta de dados, foram definidas a busca de estudos primários na seguinte base de dados: Google Acadêmico. A pesquisa foi iniciada em abril de 2020, e os descritores utilizados foram: autismo + alimento + microbiota. Os critérios para inclusão foram artigos originais disponíveis na íntegra, publicados nos anos de 2020 e 2021, no idioma português. Foram excluídas dissertações, teses, e publicações que não estavam disponíveis gratuitamente e duplicatas. A pesquisa resultou em 56 artigos no google acadêmico, mas depois de aplicados os critérios de exclusão ficaram 6 artigos para análise.

Na quarta etapa, de acordo com Souza, Silva e Carvalho (2010), é nesta etapa que se realiza o julgamento crítico sobre os dados coletados a fim de conferir se os dados estão mesmo relacionados com o tema. Esta avaliação ocorreu através de leituras de materiais comparando as informações básicas do mesmo, como título, autor, revista, objetivo, metodologia, resultados e conclusões. Para a seleção das publicações foi realizada aplicação das estratégias de busca, critérios de inclusão e exclusão de forma sequencial. Assim, os estudos resultantes foram analisados com base nas informações do título e resumo, e depois, lidos na íntegra. Cada publicação científica selecionada foi organizada em um quadro com as seguintes informações: bases de dados, periódico, autores/ano de publicação, título do artigo e objetivos. A análise dos resultados foi realizada de forma descritiva apresentando a síntese dos estudos por meio de comparações e destaque de diferenças e/ou semelhanças. Na quinta etapa é feita a discussão de resultados, onde é analisado o ano de publicação, estudos de caso, relatos de experiências e estudos bibliográficos. E por último, na sexta etapa apresenta-se a revisão integrativa.

O presente estudo foi realizado respeitando e cumprindo os aspectos éticos, garantindo a autenticidade dos autores de todos os artigos, bem como reconhecendo a autoria dos mesmos.

Figura 1: Fluxograma da busca dos artigos



Fonte: autoria própria.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente Revisão integrativa apresentam-se as discussões e resultados obtidos por meios de inclusão de artigos originais e livros disponíveis na íntegra, publicados no período de 2020 a 2021, com idioma em Português e foram excluídos os artigos que não completavam com o que era proposto na pesquisa.

Diante da aplicação dos critérios de exclusão, a pesquisa resultou em 6 artigos aptos a serem utilizados no presente trabalho. Os artigos selecionados podem ser observados no Quadro 2.

Quadro 2: Artigos selecionados na revisão integrativa de literatura.

AUTOR/ ANO	TÍTULO	OBJETIVO	DELINEAMENTO DO ESTUDO	CONSIDERAÇÕES
Eserian et al. (2021)	Comportament o alimentar no transtorno do espectro autista: impacto e repercussões clínicas	Apontar as principais características e desafios no comportamento alimentar de indivíduos com diagnóstico do TEA	Revisão literatura	A saúde intestinal nessa população deve ser observada como uma extensão da fisiopatologia, repercussão clínica e sintomatológica das falhas do desenvolvimento neuronal, compreendendo o eixo intestino- cérebro.
Felipe et al. (2021)	Relação entre o espectro autista e os	Analisar os transtornos alimentares presentes em crianças com o transtorno do	Revisão bibliográfica integrativa	Os pacientes, especialmente crianças, devem receber intervenção adequada no

	transtornos alimentares	espectro autista.		acompanhamento nutricional, pois se observa a carência de informação ofertada aos pais, cuidadores e aos próprios pacientes, quanto à importância da alimentação no TEA.
Gomes (2020)	Modulação nutricional no transtorno do espectro autista.	Relatar um caso de um paciente com TEA, com a meta de equilibrar a microbiota, reduzindo a inflamação intestinal e cerebral, melhorar a digestão, por meio da implementação de uma dieta de exclusão de alimentos que contivessem glúten e caseína, associada à suplementação individualizada com micronutrientes que auxiliam na melhora dos sinais e sintomas	Estudo de caso de um acompanhamento nutricional individualizado de um paciente pediátrico, do sexo masculino, com diagnóstico de autismo moderado.	Sugere-se novos estudos controlados para melhor compreensão dos riscos e benefícios relacionados com a suplementação, assim como as dosagens mais adequadas às diversas faixas etárias e as várias alternativas dietoterápicas, incluindo principalmente a dieta isenta de glúten e caseína, a seletividade alimentar e relação com alergia alimentar nos pacientes com TEA.
Hobus et al. (2021)	Carboidratos Fermentáveis: estudo de revisão sobre sintomas gastrointestinais e aplicação no TEA.	Investigar a literatura sobre o efeito da dieta com baixo teor de carboidratos fermentáveis (FODMAPs) nos sintomas gastrointestinais de indivíduos neurotípicos e espectro autista	Revisão sistemática de literatura.	Conclui-se que a dieta com baixo teor de FODMAPs mostrou melhora de SGI quando aplicada a indivíduos com alterações intestinais. Contudo são necessárias maiores evidências científicas para indicar sua aplicação como medida de rotina no TEA
Rocha et al. (2020)	Terapias alternativas e complementares no tratamento de sintomas gastrointestinais em crianças com TEA	Buscou-se revisar a literatura científica atual sobre a utilização de terapias alternativas para melhora dos sintomas gastrointestinais em crianças com TEA.	Revisão integrativa	Forneceu evidências sugestivas sobre o potencial benefícios das terapias alternativas e complementares na melhora de sintomas gastrointestinais em crianças com TEA e consequentemente em parâmetros comportamentais.
Magagnin et al. (2021)	Aspectos alimentares e nutricionais de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista	Compreender os hábitos, dificuldades e as estratégias alimentares de crianças e adolescentes com TEA.	Pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva.	As crianças e adolescentes com TEA apresentam uma alimentação diversificada, com tendência a hábitos alimentares disfuncionais e significativo comprometimento nas atividades sensoriais que dificultam a obtenção e o estabelecimento de uma alimentação saudável.

Fonte: autoria própria.

O primeiro artigo, de autoria de Eserian et al. (2021), tem como objetivo principal apontar as características e desafios no comportamento alimentar de indivíduos com diagnóstico do TEA. Tratou-se de uma revisão de literatura que apresentou como considerações finais dados que indicam que a saúde intestinal na população deve ser observada com uma extensão da fisiologia, repercussão clínica e sintomatologia das falhas de desenvolvimento neuronal, compreendendo o eixo intestino e cérebro.

O segundo artigo elaborado por Felipe *et al.* (2021), teve como objetivo principal analisar os transtornos alimentares presentes em crianças com TEA, pois embora estes transtornos não estejam incluídos no conjunto de alterações comportamentais características do transtorno, observa-se que manifestações inadequadas relacionadas direta ou indiretamente com a alimentação estão presentes em 30 a 90% dos casos. Este estudo tratou-se de uma revisão bibliográfica integrativa, que apresentou como considerações finais que é imprescindível que esses pacientes, especialmente no caso de crianças, recebam intervenção adequada no que se refere ao acompanhamento nutricional, pois se observa carência de informação ofertada aos pais, cuidadores e aos próprios pacientes, quanto à importância da alimentação no TEA.

O terceiro artigo selecionado trata-se de um estudo de caso que se refere a um acompanhamento nutricional individualizado de um paciente pediátrico, do sexo masculino, com diagnóstico pelo neurologista de autismo moderado, baseado na quinta edição do Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-V), onde resultou como considerações finais uma sugestão de novos estudos controlados para uma melhor compreensão dos riscos e benefícios relacionados com a suplementação, assim como as dosagens mais adequadas às diversas faixas etárias e as várias alternativas dietoterápicas, incluindo principalmente a dieta isenta de glúten e caseína, a seletividade alimentar e relação com alergia alimentar nos pacientes com TEA.

O quarto artigo selecionado, de autoria de Hobus *et al.* (2021), consiste em uma revisão sistemática de literatura de artigos sobre o efeito da dieta com baixo teor de carboidratos fermentáveis (FODMAPs) nos sintomas gastrointestinais de indivíduos neurotípicos e espectro autista em revisão sistemática de literatura de artigos, que apresentou como considerações finais que a dieta com baixo teor de FODMAPs mostrou melhora de SGI quando aplicada a indivíduos com alterações intestinais. Contudo são necessárias maiores evidências científicas para indicar sua aplicação como medida de rotina no TEA.

No quinto artigo, de autoria de Rocha *et al.* (2020), o objetivo consistiu em revisar a literatura científica atual sobre a utilização de terapias alternativas para melhora dos sintomas gastrointestinais em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) em relação à melhoria nos sintomas gastrointestinais, a

suplementação com a vitamina A também mostrou eficácia para a melhora dos sintomas do TEA. Esta revisão integrativa apresentou como considerações finais o fornecimento de evidências sugestivas sobre o potencial benefícios das terapias alternativas e complementares na melhoria de sintomas gastrointestinais em crianças com TEA e conseqüentemente em parâmetros comportamentais.

O sexto e último artigo, de autoria Magagnin *et al.* (2021), tem como objetivo compreender os hábitos, dificuldades e as estratégias alimentares de crianças e adolescentes com TEA. Tratou-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva, que apresentou como conclusões finais que nem todos os cuidadores relataram que seus filhos apresentavam comportamentos alimentares desadaptativos, enquanto outros enfatizavam as grandes dificuldades que enfrentavam com relação à alimentação. Isso leva a olhar o indivíduo com TEA além do diagnóstico, pois mesmo compartilhando o mesmo transtorno, as implicações no cotidiano de suas vidas apresentam uma variabilidade sintomática própria de cada um.

Diante dos artigos selecionados e aqui expostos, pode-se destacar a relação do TEA com diversos problemas alimentares, como: seletividade alimentar, distúrbios gastrointestinais, inflamatórios, baixo valor vitamínico, desequilíbrio da microbiota.

Além disso, tal seletividade alimentar está diretamente relacionada à questão sensorial dessas crianças, ligado a texturas, consistências e sabores, limitando essas crianças a provar novos alimentos (FELIPE apud ROCHA *et al.*, 2018).

Diante dos achados identificados na revisão integrativa de literatura exposta no presente artigo, pode-se identificar algumas classes que emergiram nos artigos selecionados, conforme o Quadro 3.

Na **primeira categoria** denominada **Dificuldades de alimentação** percebeu-se que os cuidadores, sejam os pais ou terapeutas, relatam uma grande dificuldade com a alimentação da pessoa com TEA.

Segundo Barros (2018), dentre os diversos problemas enfrentados pelas crianças com TEA são as dificuldades alimentares que podem ser muito frequente nessas crianças, os pais relatam que 60 pais das crianças com TEA de 3 a 10 anos de idade, 75% mostraram não estar satisfeitos com a ingestão alimentar de seus

filhos. Os resultados apresentados foram relacionados ao limitado repertório de alimentos aceitos e recusa em provar ou comer novos alimentos.

Quadro 3: Classe temática dos artigos selecionados

Classe Temática	Autores	Discussão
Dificuldades da alimentação	Magagnin et al (2021)	Os cuidadores relatam grandes dificuldades com a alimentação de crianças com TEA
Carência de informação sobre alimentação	Felipe et al (2021)	carência de informação ofertada aos pais, cuidadores e aos próprios pacientes, quanto a importância da alimentação no TEA
Terapias alternativas	Rocha et al (2020)	benefícios das terapias alternativas e complementares na melhoria de sintomas gastrointestinais em crianças com TEA
Efeito positivo da dieta	Hobus et al (2021)	efeito da dieta com baixo teor de carboidratos fermentáveis (FODMAPs) nos sintomas gastrointestinais de indivíduos neurotípicos

Fonte: autoria própria.

Ainda nesta categoria Paula *et al* (2020) relatam que existem alterações em relação aos hábitos alimentares do indivíduo com TEA, que se manifestam por uma variedade de sinais nos comportamentos alimentares dessas crianças, que inclui a escolha dos alimentos pela textura, dietas limitadas apenas por uma cor, consumo dos mesmos alimentos todos os dias sem nenhuma variação, limitação do ambiente de alimentação, limitação ao uso de apenas um objeto (uso de apenas um tipo de talher, copo ou prato), e ainda em alguns casos aparecem sintomas de transtornos alimentares como, indução de vômitos. A detecção precoce desses transtornos da alimentação é fundamental como qualquer outro transtorno comportamental na criança.

Na **segunda categoria** chamada **Carência de informação sobre alimentação**, observou-se nos artigos que os cuidadores relatam que não possuem fonte de informação sobre a nutrição de crianças com TEA, mesmo quando já se tem uma intervenção estruturada pela equipe multidisciplinar essa informação, só aparece quando já é identificado pela família de forma tardia os sintomas de transtornos alimentares, baixo índice vitamínico, desnutrição ou sobrepeso. Mais do que qualquer outro transtorno de comportamento na criança, a detecção precoce de possíveis transtornos alimentares é fundamental, quanto mais precoce as intervenções terapêuticas, melhor será o prognóstico em longo prazo, é imprescindível que esses pais e cuidados tenham um suporte de informações

relacionado à alimentação de crianças com TEA desde o diagnóstico, para que possa ser feita uma avaliação e se necessário uma intervenção precoce (FELIPE 2020).

A **terceira categoria** nomeada de **Terapias Alternativas** traz à tona a importância de alternativas para o TEA em relação aos sintomas gastrointestinais, comportamentais e transtornos alimentares através da nutrição. A terapia alternativa e complementar tem sido utilizada para tratar sintomas de autismo em geral e comórbidos, como atenção, agitação, irritabilidade, convulsões, humor, sono e sensorial. Deste modo, em alguns casos, os pais selecionam essas terapias alternativas quando as convencionais não oferecem um tratamento mais abrangente.

Os estudos de forma geral apresentaram efeitos positivos em relação ao uso de suplementos e enzimas digestivas da vitamina A, sobre o comportamento de crianças com TEA, bem como na modulação da microbiota intestinal, em que repercute em melhora nos sintomas gastrointestinais (ROCHA 2020).

Na **categoria 4, Efeitos da Dieta** são elencados os benefícios da dieta direcionada às pessoas com TEA, as dietas com base em carboidratos fermentáveis com sua tradução em inglês (FODMAPs), são alimentos fermentáveis, caracterizado por altas osmolaridade de difícil digestão, principalmente em indivíduos que apresentam alterações intestinais. Estes carboidratos presentes em alimentos à base de trigo, centeio, e outros se ingeridos por pessoas com essa sensibilidade intestinal, como as crianças com TEA, que está associado a uma maior permeabilidade intestinal, a desordem e sintomas gastrintestinais, pode desencadear uma série de sintomas como, dor abdominal, distensão, gases e diarreia. Neste contexto de doenças inflamatórias do intestino, a restrição dos FUDMAPs pode resultar benefício à saúde intestinal dessas crianças. Contudo, encontram-se muitas dificuldades na aplicação desta dieta, uma vez que pode limitar ainda mais o repertório de alimentos das crianças TEA (HOBUS *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos objetivos propostos nesta pesquisa, destaca-se que o objetivo geral consiste em analisar as evidências científicas sobre os impactos da nutrição em crianças autistas, o que foi realizado diante da revisão integrativa aqui exposta.

Os objetivos específicos foram alcançados, visto que o primeiro deles consistiu em identificar a seletividade alimentar das crianças autistas, conforme o artigo de Magagnin *et al.* (2021) foi relatado que os aspectos comportamentais de compulsão alimentar demonstram a ingestão de alimentos em grandes quantidades e sem intervalo na rotina de alguns indivíduos com TEA. Esse impulso manifesta nos pais o sentimento de impotência e a dificuldade em lidar com as exigências advindas da compulsão apresentada por seus filhos.

O segundo objetivo específico permitiu associar as questões alimentares com o comportamento das pessoas dentro do autismo. Segundo os artigos estudados, destaca-se que a dificuldade no processamento sensorial leva a criança com TEA a estabelecer padrões alimentares restritivos decorrentes da recusa e seletividade alimentar, além de manifestações de comportamentos compulsivos no consumo diário (Magagnin *et al.*, 2021)

Através do terceiro objetivo observou-se a possibilidade de avaliar a ligação entre nutrição e TEA. Segundo Magagnin e Soratto (2019) há a necessidade de um acompanhamento nutricional especializado das pessoas com TEA através de dietas sem glúten e caseína, pois sem as orientações corretas, é possível trazer maiores complicações para a saúde da criança e/ou adolescente. Este estudo teve como limitação a quantidade de literaturas com esse tema, assim dificultando ainda mais o acesso dessas crianças com as terapias alternativas.

Portanto, ao final deste trabalho destaca-se que esta revisão integrativa forneceu algumas evidências sobre a importância e os benefícios das terapias alternativas e complementares para uma melhora em relação aos sintomas gastrointestinais e seletividade alimentar nas crianças com TEA e conseqüentemente ganhos comportamentais, que auxiliam na qualidade de vida das crianças com TEA e seus familiares.

Em estudos futuros sugere-se a entender as peculiaridades que permeiam o cuidado com crianças e adolescentes com TEA, principalmente no que se refere às características e padrões alimentares.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Maíra Lopes; NEVES, Anamaria Silva. A população diagnóstica do Autismo: Uma falsa epidemia? *Psicol. Cienc. prof.*, v. 40, out.-dez. 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-3703003180896>> Acesso em: 12 de abr. de 2021.

ASSUNÇÃO, Jr^a Pimentel. Autismo Infantil. **Rev. Bras. Psiquiatr**, São Paulo, v. 22, n.2, dez. 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462000000600010>>. Acesso em: 05 de abr. 2021.

BARROS, Bruna Silveira. **Perfil alimentar de crianças com transtorno do espectro autista**. 2018. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fonoaudiologia) – Universidade de Brasília, Brasília, 2018. Disponível em: <<https://bdm.unb.br/handle/10483/20721>>. Acesso em: 23 de nov. 2021

BIANCHINI, Natallie do Carmo Prado; SOUZA, Luiz Augusto de Paula. Autismo e comorbidades: Achados atuais e futuras direções de pesquisa. **Res. Autism Spect Dis**. 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/18180/15224>>. Acesso em: 15 de maio de 2021.

BORGES, F. M.; DE PAULA, T. O.; GAMEIRO, J.; DA SILVA, V. L.; DINIZ, C. G. Papel da microbiota na modulação da homeostase dos hospedeiros: correlação entre microbioma intestinal e obesidade. **HU Revista**, [S. l.], v. 40, n. 1 e 2, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/hurevista/article/view/2452>>. Acesso em: 13 out. 2021.

CARDOSO, Maiara Lascani. Práticas de cuidados do enfermeiro às crianças com autismo e suas famílias: Uma revisão integrativa. **Lume**: repositório digital UFRGS, 2018. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/184545>>. Acesso em 20 de abril 2021.

COUTINHO, Ana Flavia Coutinho. Interação mãe-criança autista em situação de brincadeira livre e computador. **Repositório UFPB**, 2012. Disponível em: <<https://repositório.ufpb.br/jspui/handle/tede/6898>>. Acesso em: 20 de outubro de 2021.

FELIPE, Juliana Siqueira et al. *Relação entre o espectro autista e os transtornos alimentares*. **Brazilian Journals**, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.34119/bjhrv4n1-113>>. Acesso em: 10 de março 2021.

GOMES, Vânia Thais Silva et al. Nutrição e Autismo: Reflexões sobre a alimentação do autista. Educação e Ciência para a cidadania global. **Revista Univap**, v.22, n.40, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18066/revistaunivap.v22i40.1298>>. Acesso em: 15 de maio de 2021.

HOBUS, Regina et al. Carboidratos Fermentáveis: Estudo de revisão sobre os sintomas gastrointestinais e aplicação no Transtorno do Espectro autista. **Revista Unilasalle**, v. 9, n.2, 2021. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v9i2.7209>>. Acesso em: 20 de maio de 2021.

KLIN, Ami. Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 28, p. s3-s11, 2006. Disponível em <<https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000500002>>. Acesso em: 18 de maio de 2021.

MAGAGNIN, Tayná et al. Aspectos alimentares e nutricionais de crianças e adolescentes com transtorno do espectro autista. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 1, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310104>>. Acesso em: 20 de maio de 2021.

MARCELINO, Claudia. **Autismo Esperança pela Nutrição**: História de vida, lutas, conquistas e muitos ensinamentos. São Paulo: M. Books do Brasil, 2010.

MORAES, Ana; BIALER, Marina; LERNER, Rogério. Clínica e pesquisa do autismo: olhar ético para o sofrimento da família. **Psicol. Estud.**, v. 26, 2021.

PAULA et al. Perfil Alimentar de Crianças com Transtorno de espectro autista. **Brazilian Journal of health Review**, v.3, n. 3, 2020.

PINHO, Márcia Andrade et al. Manifestações digestórias em portadores de transtornos do espectro autístico: necessidade de ampliar as perguntas e respostas. 2010 Revista de Ciências Médicas e Biológicas, v.10, n. 3, 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/5894>> Acesso em: 18 de maio de 2021.

ROCHA, G. S. S.; LIMA, N. D. P.; LIMA, M. da S.; PESSOA, N. M.; SILVA, M. C. da; CARVALHO, V. S.; OLIVEIRA, M. M. S. de; ROCHA, S. C. S.; ROCHA SANTOS DA SILVA, M. V. da; SILVA, H. A. C. da. Terapias alternativas e complementares no tratamento de sintomas gastrointestinais em crianças com Transtorno do Espectro Autista. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 52, 2020.

SILVA, Maria Angélica; BICHARA, Dias Ilka. O brincar de faz de conta da criança com autismo: um estudo a partir da perspectiva histórico-cultural. **Estudos de Psicologia**, v.14, n. 3, 2017.

VERAS, Rafael S. C.; NUNES Carlos P. Conexão cérebro-intestino-microbiota no transtorno do espectro autista. **Revista de Medicina de família e de saúde mental**, v. 1, n. 1, 2019.

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E AS CONSEQUÊNCIAS BIOPSIKOSSOCIAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Amanda da Silva do Nascimento¹
Olivia Dayse Leite Ferreira²

RESUMO

Os traumas graves podem ocorrer de forma muito repentina, porém, os resultados geram consequências para a vida toda, como nos casos em que as pessoas desenvolvem um quadro de Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT). Diante disto, esse trabalho teve como objetivo compreender as consequências biopsicossociais geradas pelo TEPT. Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa da literatura dos últimos cinco anos na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), por meio do cruzamento de descritores em português, espanhol e inglês. Foram selecionados 25 estudos empíricos e para uma melhor exposição do conteúdo, os artigos foram categorizados por temáticas, sendo estas: consequências psicológicas, consequências biológicas e consequências sociais. Percebeu-se que houve apenas dois estudos a nível de Brasil, sendo prevalentes as categorias da relação do TEPT com suicídio, problemas no sono, alterações na memória, hipocampo e associações com aumento de violências, uso de substâncias e síndrome de burnout. Portanto, o TEPT afeta a vida das pessoas nos aspectos biopsicossociais. Faz necessário mais estudos que explorem essa problemática abarcando essa multidimensionalidade de forma empírica e interventiva.

Palavras-chave: Trauma; TEPT; Estresse; Biopsicossocial; Psicologia.

ABSTRACT

Severe trauma can occur very suddenly, however, the results have lifelong consequences, as in cases where people develop a condition of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Therefore, this work aimed to understand the biopsychosocial consequences generated by PTSD. Therefore, an integrative literature review of the last five years was carried out in the Virtual Health Library (VHL) database, by crossing descriptors in Portuguese, Spanish and English. For a better exposure of the content, the articles were categorized by themes, namely: psychological consequences, biological consequences and social consequences. The descriptors used were "Post-traumatic stress disorder", "suicide", "insomnia", "memory", "hippocampus" and "quality of life", they were used in English and Spanish. It was noticed that there were only two studies at the level of Brazil, with the prevalent categories of the relationship between PTSD and suicide, sleep problems, memory disorders, hippocampus and associations with increased violence, substance use and burnout syndrome. Therefore, PTSD affects people's lives in biopsychosocial aspects. More studies are needed to explore this issue, embracing this multidimensionality in an empirical and interventional way.

Keyword: Trauma; TEPT; Stress; Biopsychosocial; Psychology.

1 Graduanda do Curso de Psicologia E-mail: amaroamanda75@gmail.com.

2 Profa. Orientador do curso de Psicologia. E-mail: oliviadayse@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

O trauma pode ser compreendido como um evento estressante vivido direta ou indiretamente, como por exemplo, sofrer um acidente de carro, ser agredido ou presenciar agressões. Estes acontecimentos subjugam a capacidade do indivíduo se defender. Dessa forma, o corpo e a mente ficam em estado de alerta e acionam os mecanismos de sobrevivência (ROSS, 2014). Os traumas graves podem ocorrer de forma muito repentina, porém, os resultados geram consequências para a vida toda, como nos casos em que as pessoas desenvolvem um quadro de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), que pode ser definido como uma patologia desenvolvida como uma resposta a um estressor traumático que tenha sido emocionalmente significativo ao ponto de desencadear uma cascata de reações psicológicas e neurobiológicas relacionadas (KNAPP; CAMINHA, 2003).

Ainda segundo os autores, os indivíduos que, por exemplo, são envolvidos em acidentes de trânsito, ou em um sequestro tem perda do controle não só físico, mas também psicológicos da situação, experimentando níveis altos de ansiedade, alterando assim, os padrões normais da neuroquímica, e conseqüentemente, das cognições dos afetos e dos comportamentos (KNAPP; CAMINHA, 2003). Diante disso, os sintomas do TEPT, podem afetar a pessoa tanto nas dimensões biológica e psicológica, quanto sociocultural.

Além disso, visto que a sociedade brasileira apresenta altos níveis de violência, o TEPT se mostra uma condição de grande relevância para os profissionais de saúde mental tanto no que diz respeito aos aspectos sociais, quanto aos aspectos clínicos. Em um estudo com uma amostra de 3.744 de jovens e adultos de 15 a 75 anos, foram realizadas entrevistas nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, dessas pessoas, 90% relatou já ter vivenciado algum evento traumático violento em suas vidas. Em 1,6% a 0,5% das pessoas o TEPT ocorreu nos últimos 12 meses e 8,7% a 10,2% pelo menos uma vez na vida (DALGALARRONDO, 2019).

Destaca-se também que TEPT está relacionado com níveis elevados de incapacidades sociais, profissionais e físicas, assim como gastos econômicos consideráveis e altos níveis de utilização de serviços médicos. Também há prejuízo evidente nas áreas social, interpessoal, do desenvolvimento, educacional, e da saúde física e profissional. Destaca-se que em amostras da comunidade e de veteranos de guerra, o TEPT está associado a relações sociais e familiares

empobrecidas, faltas no trabalho, renda baixa e menor sucesso acadêmico e profissional (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Estudos com o auxílio de neuroimagem vêm replicando alguns achados importantes para compreensão de anormalidades neuro anatômicas, estruturais e funcionais relacionados ao TEPT. Dentre esses achados, pode ser citado a dificuldades em sintetizar, categorizar e integrar a memória traumática em uma narrativa que pode ter relação com a relativa diminuição da ativação e volume do hipocampo, com a diminuição da atividade do córtex pré-frontal e com o cíngulo anterior da área de Broca (PERES; NASELLO, 2005).

Pesquisas apontam ainda que o TEPT está vinculado a déficits cognitivos, como por exemplo, prejuízo no processamento emocional (KRISTENSEN, 2005 apud EMYGDIO *et al.*, 2019) e também, na flexibilidade mental e na velocidade psicomotora (STEIN *et al.*, 2002 apud EMYGDIO *et al.*, 2019). Além disso, pessoas com TEPT apresentam com frequência Depressão maior como comorbidade, assim como, transtorno bipolar e outros transtornos ansiosos. Outra questão relevante são os comportamentos suicidas em pacientes com TEPT tendo a presença ou não de depressão maior comorbidade (QUARANTINI *et al.*, 2009).

Em um estudo na Irlanda do Norte, foi identificado que a probabilidade de pessoas com TEPT desenvolverem um plano suicida é mais elevada do que a de pessoas sem TEPT. (O'NEILL, 2014 apud VASCONCELOS NETO *et al.*, 2020). Ainda, dados levantados pela National Comorbidity Survey in the United State American demonstram que 83,3% dos homens e 79,0% das mulheres com TEPT apresentam transtornos psiquiátricos comorbidade, estes dados também apontam uma associação entre o TEPT e prejuízos educacionais e desemprego (QUARANTINE *et al.*, 2009).

Salienta-se que, há uma dificuldade do que diz respeito ao diagnóstico clínico devido ao constrangimento sentido por alguns pacientes ao relatar suas histórias como, por exemplo, em casos onde o evento traumático traz consigo um sentimento de culpa, como em casos de abuso sexual, principalmente quando se tratam de mulheres, uma vez que o trauma sexual é a causa mais comum de TEPT em mulheres. Sendo assim, elas acabam por serem mal atendidas porque muitos desses casos passam despercebidos nas unidades de saúde primárias devido ao despreparo da equipe de saúde para diagnosticar o TEPT, portanto, se faz

necessário desenvolver programas de treinamento para que profissionais da área da saúde aprendam a detectar o transtorno e desenvolver estratégias de tratamento do TEPT (BUTTERFIELD; BEEKER, 2002, apud FIGUEIRA; MENDLOWICZ, 2003).

Diante do exposto é possível perceber a importância de se desenvolver pesquisas e projetos de políticas públicas que auxiliem para o conhecimento do tema e conseqüentemente ajudar muitas pessoas que estão sofrendo com os danos biopsicossociais do TEPT. Então, este trabalho visa responder a seguinte questão: Quais são as conseqüências biopsicossociais do transtorno de estresse pós-traumático?

Logo, o objetivo geral deste trabalho foi compreender as conseqüências biopsicossociais geradas pelo TEPT e os objetivos específicos foram analisar as variáveis psicológicas, biológicas e sociais que predominam nos estudos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Em 1914, o fisiologista Walter Cannon fez a descrição do circuito neuroanatômico contido na resposta ao estresse. Ele observou que a secreção de adrenalina e noradrenalina da medula adrenal e dos nervos simpáticos, de modo respectivo, possibilita que o animal mobilize forças para sua sobrevivência frente à ameaça. Cannon denominou essas respostas de "Respostas de luta ou fuga" (OLIVEIRA; IVONE, 2010).

O termo "stress" foi empregado no ano de 1936 por Hans Selye para designar a resposta geral e inespecífica do organismo a um estressor ou uma situação estressante. Essa resposta é resultado da relação entre as características da pessoa e as demandas do meio e compreendem aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos (MARGES, 2003). Selye caracteriza o estresse como a "Síndrome Geral de Adaptação" (SGA), sendo essa, decorrente de um evento que exige esforço do indivíduo em termos de adaptação. Esse estressor gera a ruptura da homeostase interna do indivíduo, modificando assim, a capacidade do organismo de manter sua constância (SANTOS; CARDOSO, 2010).

Ainda segundo o autor, o modelo da SGA se divide em três fases: fase A, alerta preparando a pessoa para a luta ou fuga através da ativação dos mecanismos de homeostase; B, fase de resistências quando o organismo tenta restabelecer o equilíbrio interno através de uma ação de reparação, gastando

energia para se adaptar; e a C, fase da exaustão, que se caracteriza pela exaustão física e psicológica, já que a energia adaptativa é finita, e é nesse momento que as doenças se apresentam, podendo ser letais (LIPP; MALAGRIS, 1998 apud SANTOS; CARDOSO, 2010). Selye também teve duas novas ideias importantes, a primeira foi que o corpo tem uma resposta notavelmente similar a muitos estressores diferentes e a segunda que os estressores, às vezes, podem deixar a pessoa doente (STRAUB, 2014).

Atualmente, além dos estressores físicos inicialmente descritos por Selye, outros fatores como psicológicos e problemas sociais, também são considerados como agentes estressores capazes de induzir alterações tanto comportamentais, quanto fisiológicas significativas. No que diz respeito às alterações fisiológicas está a liberação de glicocorticóides (GC) pela supra-renal, como consequência da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (HPA). Os GCs têm a função de preparar o organismo para os desafios fisiológicos ou ambientais e são relevantes para a consolidação da resposta ao estresse. O estresse persistente com intensidade exagerada, assim como a incapacidade do organismo em terminar sua apresentação, pode tornar o eixo hiperreativo, com prejuízos potenciais ao organismo (JOCA; PADOVAN; GUIMARÃES, 2003).

Utilizando de uma abordagem biopsicossocial para entender os efeitos do estresse e o seu impacto no corpo, expõe-se que os processos biológicos que acontecem quando sentimos estresse podem divergir um pouco conforme a singularidade da fisiologia e os níveis de reatividade fisiológica de cada pessoa, mas, os mesmos processos básicos afetam todos os indivíduos. As influências psicológicas afetam a maneira como as situações desafiadoras são avaliadas, sendo como controláveis (não estressantes) ou incontroláveis (estressantes), com base na personalidade e experiências de vida da pessoa. Já no que diz respeito às influências socioculturais, as singularidades destas afetam a maneira como avaliamos o estresse originado de diferentes fontes, incluindo acontecimentos importantes da vida, problemas cotidianos, catástrofes, estresse ambiental, trabalho e família (STRAUB, 2014).

Além disso, o trauma pode ser compreendido como um evento estressante vivido direta ou indiretamente, como por exemplo, sofrer um acidente de carro, ser agredido ou presenciar agressões, assim esses acontecimentos subjagam a

capacidade do indivíduo se defender. Dessa forma, o corpo e a mente ficam em estado de alerta e acionam os mecanismos de sobrevivência (ROSS, 2014). Mesmo tendo se passado muito tempo depois da experiência traumática, ela pode se reativar ao menor sinal de perigo, mobilizando assim, os circuitos cerebrais lesados e produzindo uma grande quantidade de hormônios de estresse (KOLK; BESSEL, 2020).

A pessoa traumatizada experimenta o mundo com um sistema nervoso diferente. Dessa maneira, ela concentra suas energias para suprimir os danos interiores. Essas tentativas de manter o controle sobre as reações psicológicas insuportáveis podem levar a um leque de sintomas físicos a exemplo de fibromialgia, fadiga crônica entre outras doenças autoimunes. Isto justifica o motivo pelo qual no tratamento do trauma é de suma importância englobar o organismo como um todo – mente, corpo e cérebro (KOLK; BESSEL, 2020).

Com relação aos fenômenos traumáticos, eles foram recebendo maior ou menor atenção ao decorrer da história da psiquiatria. Desde os primeiros relatos de casos de histeria, foram procuradas conexões psicológicas entre os sintomas apresentados e o evento traumático vivenciado pelos pacientes. Num primeiro momento houve uma ênfase na experiência subjetiva vivida pelo sujeito, já em um segundo momento houve (este vinculado aos horrores das Grandes Guerras) reconhecimento sobre a intensidade dos estressores traumáticos (PERES; NASELLO, 2005).

O fenômeno anteriormente chamado de “neuroses de guerra” por ser vinculado apenas à guerra, mostrou-se ser mais amplo e inespecífico (SCHESTATSKY *et al.*, 2003). Ademais, em 1980, a partir de estudos com veteranos e sobreviventes civis da guerra, surgiu o atual conceito de TEPT como entidade nosológica, com sua inclusão, em 1980, na terceira edição do DSM (PERES; NASELLO, 2005).

Sendo assim, alguns critérios estabelecidos pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, na sua quinta edição (DSM 5) para diagnosticar o transtorno, incluem: que a pessoa precisa ter vivenciado pessoalmente ou ter testemunhado um acontecimento traumático envolvendo ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual, ficar revivendo o evento traumático através de lembranças recorrentes, involuntárias e intrusivas, sofrimento psicológico intenso e reatividade

fisiológica frente a um estímulo interno ou externo que seja semelhante a algum aspecto do evento traumático, comportamentos de evitação a lugares, pessoas ou atividades que de alguma forma lembrem o trauma e alterações negativas em cognições ou humor que surgem ou pioram após a situação vivenciada, irritabilidade e perturbações do sono (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Ainda, salienta-se que o TEPT surge em virtude do desenvolvimento de uma rede na memória que origina comportamentos de evitação e fuga. Desse modo, essas estruturas mentais de medo incluem componentes do estímulo, resposta e significado e qualquer elemento associado ao trauma pode evocar o esquema do medo e o comportamento evitativo que se segue. A rede de medo em indivíduos com TEPT é considerada estável e bastante generalizada, sendo avaliada facilmente (BARLOW, 2016). Ainda, há estudos a respeito das áreas cerebrais que se relacionam se concentram em áreas relevantes nos processamentos da memória do medo, a exemplo da amígdala, córtex pré-frontal e hipocampo (RANGÉ *et al.*, 2011).

Neste sentido, para avaliar uma situação como de fato ameaçadora e produzir uma resposta similar à ansiedade, uma pessoa tem que primeiramente detectar através dos sistemas sensoriais, os estímulos do ambiente e, logo após, identificar esses estímulos como potencialmente perigoso ou aversivos. As combinações de circuitos neurais distribuídos que surgem da amígdala, do hipocampo ventral, do núcleo leito da estria terminal e do córtex pré-frontal medial sucedem a interpretação e avaliação do valor emocional dos estímulos do ambiente. Caso estes estímulos sejam identificados como ameaçadores tendo como referência essa avaliação, podem proceder em comportamentos defensivos através do recrutamento do tronco cerebral e núcleos hipotalâmicos resultando em sintomas ansiosos (QUEVEDO; IZQUIERO, 2020). No que diz respeito ao córtex pré-frontal, ele tem como função avaliar de maneira mais precisa e sofisticada a possibilidade de uma situação ser ou não realmente perigosa e caso seja, inibir a ação da amígdala quando ela responde a situação como sendo perigosa. Assim, o córtex pré-frontal tem um papel crucial na extinção do medo condicionado. No TEPT, a elevada excitabilidade diante de um estímulo que lembre o evento traumático acarretaria em uma baixa ativação desta estrutura. Dessa forma, um tratamento adequado a ativação do córtex pré-frontal pode aumentar, inibindo a amígdala e gerando assim, a diminuição das reações de excitabilidade (RANGÉ *et al.*, 2011).

Já o hipocampo está envolvido com a memória do aprendizado a respeito do contexto em que o condicionamento aconteceu. Essa memória viabiliza a comparação de uma situação ameaçadora atual com experiências do passado, e assim, a escolha da opção mais adequada que garanta a preservação. O hipocampo e o córtex pré-frontal estão relacionados à extinção do medo que foi condicionado e inibição a ação da amígdala. Assim, a memória de medo criada através da ação da amígdala, poderá ser inibida pela criação de uma nova memória originada de uma avaliação mais precisa que indica que um estímulo não é perigoso (RANGÉ *et al.*, 2011).

Diante disso, destaca-se a teoria da representação dual, que foi elaborada por Brewin e Holmes. Segundo ela, existiriam dois sistemas diferentes com relação à memória do evento traumático que funcionam paralelamente e um pode prevalecer ao outro em situações diferentes. O sistema de memória acessível verbalmente (VAM) diz respeito às memórias orais ou de narrativas escritas do trauma e são integradas com outras memórias autobiográficas e podem ser resgatadas quando requeridas. Esses sistemas compreendem “memórias primárias”, que acontecem durante o trauma, e “emoções secundárias” geradas pelas avaliações após o evento. Já o sistema de memória acessível situacionalmente (SAM) armazena informações adquiridas através de um nível baixo de processamento perceptivo da cena traumática como por exemplo, os sinais sons apreendidos anteriormente e que não são gravados no sistema VAM (RANGÉ *et al.*, 2011).

Dessa forma, as informações corporais em resposta ao trauma, como dor, mudança do batimento cardíaco, rubor e mudança na temperatura, são também, armazenadas neste sistema. Assim, a falta de controle com relação à exposição dá sinais que de alguma forma lembrem o trauma e dificultem o controle do SAM. Desse modo, essa teoria explica o fato de serem disparados os flashbacks de forma involuntária por lembranças ou estímulos que lembrem o trauma. Assim, também segundo a teoria, o TEPT é um transtorno que engloba separadamente dois processos patológicos, um envolve a resolução de crenças negativas e emoções criadas por estes e o outro, envolve o controle dos flashbacks (RANGÉ *et al.*, 2011).

Além disso, a teoria cognitiva proposta por Ehlers e Clark propõe que as memórias traumáticas em pessoas com TEPT são mais facilmente evocadas que as demais. Sendo essa a razão para o TEPT ser considerado uma patologia de

memória. Isso acontece porque as ligações entre estímulo e resposta estão vinculadas ao material traumático, de forma que as respostas emocionais são automaticamente associadas a episódios dolorosos. Os autores desta teoria ainda enfatizam que pessoas com TEPT apresentam dificuldade para manter o episódio traumático no tempo passado, avaliando a ameaça como atual, produzindo assim, comportamentos de evitação citados na sintomatologia do transtorno. Ainda, muitos dos indivíduos com o transtorno apresentam uma necessidade de explicar e dar significado ao trauma, e em muitos destes casos de forma negativa (ANDRETTA; OLIVEIRA, 2011).

Além disso, pessoas com TEPT apresentam com frequência depressão maior comórbida, assim como, transtorno bipolar e outros transtornos ansiosos. Outra questão relevante são os comportamentos suicidas em pacientes com TEPT tendo a presença ou não de depressão maior comórbida (QUARANTINI *et al.*, 2009). Em uma pesquisa com o objetivo de verificar a associação entre trauma na infância e risco de suicídio em indivíduos com TEPT, foram avaliadas 917 pessoas com idade entre 18 a 60 anos, destes 55 tinham diagnóstico de TEPT a conclusão foi do estudo apontou a prevalência de risco de suicídio em pessoas com TEPT foi de 63,6% (BACH; SUELEN *et al.*, 2018).

Estudos com o auxílio de neuroimagem vêm replicando alguns achados importantes para compreensão de anormalidades neuro anatômicas, estruturais e funcionais relacionados ao TEPT. Dentre esses achados, pode ser citado a dificuldades em sintetizar, categorizar e integrar a memória traumática em uma narrativa pode ter relação com a relativa diminuição da ativação e volume do hipocampo, com a diminuição da atividade do córtex pré-frontal e com o cíngulo anterior da área de Broca (PERES; NASELLO, 2005). Em vista disso, os sintomas recorrentes de TEPT que incluem flashbacks, pensamentos, intrusivos e pesadelos caracterizam uma falha na memorização da situação traumática (RANGÉ *et al.*, 2011).

Vale salientar que o TEPT está relacionado com níveis elevados de incapacidades profissionais e físicas, assim como gastos econômicos consideráveis e altos níveis de utilização de serviços médicos. Também há prejuízo evidente nas áreas social, interpessoal, do desenvolvimento, educacional, e da saúde física e profissional (APA, 2014).

METODOLOGIA

O presente estudo foi elaborado através de uma revisão integrativa, que pode ser definida como um método que oferece a síntese de conhecimento e a aplicabilidade dos resultados de estudos significativos na prática. Para compreensão completa do fenômeno analisado, inclui tanto os estudos experimentais, quanto os não-experimentais. E combina também dados da literatura teórica e empírica. Esta revisão é esquematizada em seis fases, sendo elas: (1) elaboração da pergunta norteadora; (2) busca ou amostragem na literatura; (3) coleta de dados; (4) análise crítica dos estudos incluídos; (5) discussão dos resultados e (6) apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A primeira fase é de grande relevância tendo em vista que a elaboração da pergunta norteadora determina quais serão os estudos incluídos, os meios adotados para a identificação e as informações coletadas de cada estudo selecionado. A segunda fase está ligada à primeira e consiste na busca em base de dados de forma ampla e diversificada. Na terceira fase para extrair os dados dos artigos selecionados, é preciso utilizar-se de um instrumento previamente elaborado capaz de assegurar que o total de dados relevantes sejam extraídos, diminuir o risco de erros na transcrição, garantir precisão na checagem de informações e servir como registro.

Posteriormente, a análise crítica dos estudos incluídos demanda uma abordagem organizada para ponderar o rigor e as características de cada estudo. A partir da interpretação e síntese dos resultados, na quarta fase é realizada uma comparação dos dados evidenciados na análise dos artigos ao referencial teórico. Por fim, a apresentação da revisão integrativa deve ser clara e completa para permitir ao leitor avaliar criticamente os resultados (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A busca em bases eletrônicas ocorreu entre agosto e outubro de 2021, no indexador BVS. Os descritores utilizados encontram-se inseridos no Banco de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A pesquisa foi realizada em três etapas, na primeira com o objetivo de investigar consequências psicológicas foram empregadas as seguintes palavras-chave: "Transtorno de estresse pós traumático", "suicídio", "insônia", "*Post traumatic stress disorder*", "*suicide*" "*insomnia*", "*Trastorno de estrés postraumático*", "*suicidio*" e "*insomnio*". Na segunda etapa, objetivando

investigar as consequências biológicas, as palavras chaves foram: “Transtorno de estresse pós-traumático”, “memória”, “hipocampo”, “*Post-traumatic stress disorder*”, “*memory*”, “*hippocampus*” e “*Trastorno de estrés postraumático*”, “*memoria*”, “*hipocampo*”. Por fim, na terceira fase observando as consequências sociais foram utilizadas “Transtorno de estresse pós-traumático”, “qualidade de vida”, “*Post-traumatic stress disorder*”, “*quality of life*” e “*trastorno de estrés postraumático*”, “*calidad de vida*”. Para sistematizar a coleta da amostra, foram utilizados os operadores booleanos “OR” e “AND”, optou-se por diferentes estratégias de busca, tendo em vista que as bases de dados possuem peculiaridades e características distintas.

Quanto aos critérios de inclusão, para compreensão completa do fenômeno analisado, inclui estudos empíricos publicados em periódicos, levando em conta apenas os materiais redigidos em Língua portuguesa, espanhol e inglês com auxílio do *Google Tradutor* publicados nos últimos cinco anos e de entre janeiro a dezembro que tivessem relação com a pergunta norteadora. Já os fatores de exclusão foram artigos duplicados, relato de caso, pesquisas experimentais e artigos que antecederam o tempo estipulado para inclusão.

A coleta explicitada na Figura 1 foi executada pela autora e revisada pela professora/orientadora do trabalho. De início, foi realizada a busca e após isso, a leitura dos resumos e métodos dos textos encontrados, em seguida foram aplicados os critérios de exclusão/inclusão. Os dados foram sistematizados nas planilhas do Excel, a fim de tornar mais eficaz o processo de análise das similaridades e diferenças.

A coleta foi baseada no instrumento Ursi (2005) disponível no Anexo I. Os dados foram analisados e a partir disso foi empreendida uma síntese narrativa dos resultados, juntamente com esquemas explicativos. Foram considerados os dados gerais e também dados referentes aos objetivos, metodologia e resultados. Para uma melhor exposição do conteúdo, os artigos foram categorizados por temáticas, sendo estas: consequências psicológicas, consequências biológicas e consequências sociais.

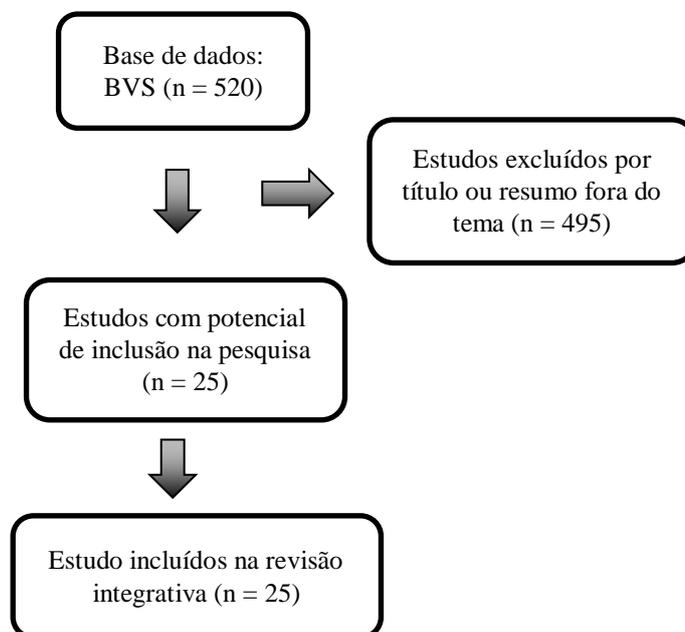
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Como observa-se na Figura 1, em amostragem no banco de dados BVS, na primeira fase, com os descritores “Transtorno de estresse pós traumático”, “suicídio”

e “insônia” foram demonstrados 151 amostras, selecionou-se 10 pesquisas. Na segunda fase, com os descritores “memória” e “hipocampo” foram demonstrados 121 artigos, destes apurou-se 10 artigos. Por fim, na terceira fase utilizando os descritores “transtorno de estresse pós-traumático”, “qualidade de vida” foram encontradas 248 amostras, dentre elas 05 pesquisas foram aproveitadas. Todos os artigos encontrados foram em inglês, assim se fez necessária a utilização de tradução pelo Google tradutor.

Diante dos artigos apurados foram selecionados 25 estudos empíricos, com critérios que responderam a temática estudada, sendo excluídas um total de 495 amostragens, devido não satisfazer os critérios pré-estabelecidos.

Figura 1: Fluxograma das publicações selecionadas através dos indexadores



Fonte: Elaboração própria

Na Tabela 1 estão os 25 artigos selecionados do ano de 2016 até 2021, sendo de maior prevalência no ano de 2021. Para melhor entender as consequências biopsicossociais do TEPT, salienta-se que de acordo com os critérios utilizados de busca, a evidente escassez de estudos a respeito das consequências biopsicossociais que o TEPT acarreta ao indivíduo a nível Brasil. Esta falta de trabalhos acadêmicos nacionais pode ser explicada também pela consideração equivocada do senso comum de que o Brasil é privilegiado pela ausência de eventos climáticos extremos (VALENCIO, 2009 apud REIS, CARVALHO, 2016). Diante

disso, se faz necessário apontar que são considerados impactos sociais, como por exemplo, epidemias, falta de infraestrutura, altos índices de violência e rompimento de barragens, como fatores que configuram um cenário de desastres (REIS, CARVALHO, 2016). Sobretudo, o TEPT, apesar de não muito conhecido e subdiagnosticado, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), atinge 2 milhões de pessoas no Brasil. Em dados mais gerais, o TEPT acomete aproximadamente 9% das pessoas em algum momento da vida e 4% dos adultos (BRANDÃO, 2018).

Tabela 1: Seleção de artigos nos últimos cinco anos:

Autor	Título	Ano de Publicação	Local de Publicação	Tipo de Metodologia
BRYAN, CRAIG; BRYAN, ANNABELLE.	Desconto de recompensa atrasado e aumento do risco de tentativas de suicídio entre adultos norte-americanos com provável PTSD.	2021	Columbus, OH, United States.	Estudo quantitativo
KARTAL, DZENAMA <i>et al.</i>	Relações cruzadas entre insônia e transtorno de estresse pós-traumático em veteranos que recebem tratamento.	2021	Phoenix, Austrália	Estudo quantitativo
WESYPHAL, ANDREW J. <i>et al.</i>	Memória de trabalho, tom de dopamina cortical e recrutamento cerebral frontoparietal no transtorno de estresse pós-traumático: um ensaio clínico randomizado.	2021	San Francisco, CA, USA.	Estudo quantitativo
SIPPEL, LAUREN M. <i>et al.</i>	Mecanismos neurocognitivos de má conexão social no transtorno de estresse pós-traumático: evidências de anormalidades na memória de trabalho social.	2021	[S.I.]* Não sendo possível identificar o local omitido.	Estudo quantitativo
BREMNER, J. DOUGLAS <i>et al.</i>	O ambiente contribui mais do que a genética para diminuir o volume do hipocampo no Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).	2021	[S.I.]*	Estudo quantitativo
KOLAJA, CLAIRE A. <i>et al.</i>	Dificuldades de saúde sexual entre mulheres em serviço: a influência do transtorno de estresse pós-traumático.	2021	San Diego, CA, USA	Estudo quantitativo

GUNNTHORSDOTTIR, HRAFNHILDUR <i>et al.</i>	Prevalência de maus-tratos na infância e sintomas de estresse pós-traumático entre presidiários do sexo masculino na Islândia.	2021	Akureyri, Iceland	Estudo quantitativo
FAN, YUNGE <i>et al.</i>	Transtorno de estresse pós-traumático e esgotamento profissional entre funcionários do governo local sete anos após o terremoto de Wenchuan na China: um estudo longitudinal.	2021	Beijing, China	Estudo quantitativo
BEM-ZION, ZIV <i>et al.</i>	Fatores de risco neuroanatômico para transtorno de estresse pós-traumático em sobreviventes de trauma recentes.	2020	Tel Aviv, Israel	Estudo quantitativo
BIGGS, QUINN <i>et al.</i>	Variação dos sintomas de estresse pós-traumático associada às características do sono.	2020	[S.I.]*	Estudo quantitativo
TAYLOR, DANIEL <i>et al.</i>	Problemas de sono em militares da ativa que buscam tratamento para transtorno de estresse pós-traumático: presença, mudança e impacto nos resultados.	2020	[S.I.]*	Estudo quantitativo
NETO, PAULO JOSÉ <i>et al.</i>	Tentativa de suicídio, transtorno de estresse pós-traumático e fatores associados em mulheres do Recife.	2020	Recife, PE, Brasil	Estudo quantitativo
ITOH, MARIKO <i>et al.</i>	Viés de memória e sua associação com a função de memória em mulheres com transtorno de estresse pós-traumático.	2019	Tokyo, Japan	Estudo quantitativo
GROSSNAN, EPHRAIM <i>et al.</i>	Evidências preliminares ligando PTSD complexo à insônia em uma amostra de sobreviventes do genocídio Yazidi.	2019	Ariel, Israel	Estudo quantitativo
LARSEN, SADIE E. <i>et al.</i>	Um ensaio piloto randomizado de um programa de treinamento de memória de trabalho emocional dual n-back para veteranos com sintomas elevados de PTSD.	2019	Milwaukee, WI, USA	Estudo quantitativo

NEJATI, VAHID, SALEHINEJAD, MOHAMMAD ALI, SABAYEE, AZAM.	A atualização prejudicada da memória de trabalho afeta a memória de materiais emocionais e não emocionais da mesma forma: evidências de transtorno de estresse pós-traumático (PTSD).	2018	[S.I.]*	Estudo quantitativo
CHEN, LYON W. <i>et al.</i>	Menor volume do subcampo CA1 do hipocampo no transtorno de estresse pós-traumático.	2018	[S.I.]*	Estudo quantitativo
BACH, SUELEN <i>et al.</i>	Risco de suicídio e trauma na infância em indivíduos diagnosticados com transtorno de estresse pós-traumático.	2018	Pelotas, RS, Brasil.	Estudo quantitativo
KHALIFIAN, CHANDRA <i>et al.</i>	Suicídio associado a PTSD, depressão e status de recuperação de desastre entre sobreviventes adultos 8 anos após o terremoto de Wenchuan em 2008 na China.	2017	[S.I.]*	Estudo quantitativo
RANGAORAKASH, D. <i>et al.</i>	Via hipocampo-estriado comprometida como um potencial biomarcador de imagem de lesão cerebral leve traumática e transtorno de estresse pós-traumático.	2017	[S.1.]	Estudo quantitativo
PRUIKSMA, KRISTI <i>et al.</i>	Distúrbios residuais do sono após o tratamento de PTSD em militares da ativa.	2016	[S.I.]	Estudo quantitativo
MOREY, RAJENDRA A. <i>et al.</i>	Os volumes da amígdala, do hipocampo e do córtex pré-frontal medial diferem em jovens maltratados com e sem transtorno de estresse pós-traumático crônico.	2016	[S.I.]	Estudo quantitativo

Fonte: Elaboração própria; *[S.I.] Não sendo possível identificar o local omitido.

Na Tabela 2, com relação as consequências psicológicas do TEPT, foram encontrados estudos relacionando o transtorno com a ideação e tentativa de suicídio e a insônia. Nos estudos que vinculam o TEPT com suicídio, foi possível verificar uma alta prevalência de suicídio em pessoas diagnosticadas com TEPT. Destaca-se que, mais de 90% das pessoas que comentem suicídio tem algum transtorno mental diagnosticado. Dentre esses transtornos associados ao suicídio está o TEPT (COSTA; COUTINHO; VIANA, 2018). As tentativas de suicídio também podem ser

correlacionadas a gravidade dos sintomas, maus-tratos na infância e problemas relacionados ao uso de substâncias (GUINA; JEFFREY, 2017).

Já no que diz respeito à insônia, também foram encontradas altas prevalências comórbidas ao TEPT. Diante do exposto, destaca-se que entre as pessoas acometidas de TEPT, a duração do sono da noite anterior, dificuldade em adormecer e dificuldade em permanecer dormindo predizem os sintomas desta patologia no dia seguinte (BIGGS, QUINN, 2020).

Tabela 2: Tabela de análise das consequências das consequências psicológicas do TEPT

Autores	Título	Constructo avaliado	Objetivos	Resultados
BACH, SUELEN <i>et al.</i>	Risco de suicídio e trauma na infância em indivíduos diagnosticados com transtorno de estresse pós-traumático.	Associação entre trauma na infância e risco de suicídio em indivíduos com TEPT.	Verificar a associação entre trauma na infância e risco de suicídio em indivíduos com TEPT.	A prevalência de risco de suicídio em indivíduos com TEPT foi de 63,6%. Os escores de negligência emocional e abuso emocional mostraram tendência a estarem mais elevados no grupo com risco de suicídio.
KHALIFIAN, CHANDRA <i>et al.</i>	Suicídio associado a TEPT, depressão e status de recuperação de desastre entre sobreviventes adultos 8 anos após o terremoto de Wenchuan em 2008 na China.	A relação entre exposição a desastres, TEPT, depressão e comportamentos suicidas.	Examinar a relação entre exposição a desastres, TEPT, depressão e comportamentos suicidas, usando dados de uma pesquisa transversal conduzida em áreas afetadas pelo terremoto na China.	A ideação, planos e tentativas de suicídio foram relatados por 9,1%, 2,9% e 3,3%, respectivamente, dos entrevistados. TEPT, depressão e não recuperação percebida foram altamente associados com suicídio.
BRYAN, CRAIG, BRYAN, ANNABELLE.	Desconto de recompensa atrasado e aumento do risco de tentativas de suicídio entre adultos norte-americanos com provável TEPT.	As associações entre desconto de recompensa atrasado - o equilíbrio entre recompensas disponíveis imediatas menores versus recompensas atrasadas maiores - sintomas de TEPT auto-relatados e tentativas de suicídio recentes entre indivíduos que relataram ideação suicida no ano passado.	Examinar as associações entre desconto de recompensa atrasado - o equilíbrio entre recompensas disponíveis imediatas menores versus recompensas atrasadas maiores - sintomas de TEPT auto-relatados e tentativas de suicídio recentes entre indivíduos que relataram ideação suicida no ano passado.	Entre os participantes que relataram ideação suicida no ano passado, as taxas de desconto foram significativamente maiores entre aqueles que relataram mais sintomas de TEPT e uma tentativa de suicídio no ano anterior.
FOXA, ROBERT <i>et al.</i>	Padrões de comorbidade associados ao TEPT CID-11 entre adultos mais velhos nos Estados Unidos.	Os padrões de comorbidade de TEPT CID-11	Fornecer evidências de um modelo dimensional de psicopatologia usando o modelo de "Taxonomia Hierárquica de Psicopatologia" (HiTOP) como uma estrutura teórica para explicar os padrões de comorbidade de TEPT.	TEPT foi altamente comórbido com outros transtornos entre adultos mais velhos.
NETO, PAULO JOSÉ <i>et al.</i>	Tentativa de suicídio, transtorno de estresse pós-traumático e fatores associados em	Associação da tentativa de suicídio (TS) com o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), a	Investigar a associação da tentativa de suicídio com o TEPT, a violência por parceiro íntimo e variáveis	A prevalência da tentativa de suicídio foi de 10,9%, e a frequência de TEPT,

	mulheres do Recife.	violência por parceiro íntimo (VPI) e variáveis relacionadas aos aspectos socioeconômicos e demográficos em uma coorte de mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família do Recife.	relacionadas aos aspectos socioeconômicos e demográficos em uma coorte de mulheres cadastradas na Estratégia Saúde da Família do Recife.	de 16%.
KARTAL, DZENAMA <i>et al.</i>	Relações cruzadas entre insônia e transtorno de estresse pós-traumático em veteranos que recebem tratamento.	Relações bidirecionais longitudinais entre insônia e sintomas de PTSD em veteranos em busca de tratamento.	Examinar as relações bidirecionais longitudinais entre insônia e sintomas de TEPT em veteranos em busca de tratamento.	Um modelo final cruzado entre os sintomas de insônia e os grupos de sintomas de TEPT indicou que os caminhos dos sintomas de TEPT nos sintomas de insônia, entre a ingestão e a alta, eram atribuíveis ao reexperimento dos sintomas de TEPT.
PRUIKSMA, KRISTI <i>et al.</i>	Distúrbios residuais do sono após o tratamento de TEPT em militares da ativa.	A prevalência de distúrbios do sono em uma amostra de militares da ativa antes e depois de receber terapia para TEPT em um ensaio clínico e explorar as associações de insônia e pesadelos com o diagnóstico de TEPT após o tratamento.	Examinar a prevalência de distúrbios do sono em uma amostra de militares da ativa antes e depois de receber terapia para TEPT em um ensaio clínico e explorar as associações de insônia e pesadelos com o diagnóstico de TEPT após o tratamento.	A insônia foi o sintoma mais frequente antes e após o tratamento. Quando examinado em um modelo multivariado incluindo todas as características simultaneamente, a duração do sono da noite anterior, dificuldade em adormecer e dificuldade em permanecer dormindo continuou a predizer, mas a qualidade do sono não.
BIGGS, QUINN <i>et al.</i>	Variação dos sintomas de estresse pós-traumático associada às características do sono.	A prevalência de distúrbios do sono em uma amostra de militares da ativa antes e depois de receber terapia para TEPT em um ensaio clínico e explorar as associações de insônia e pesadelos com o diagnóstico de TEPT após o tratamento.	Examinar a relação entre a duração do sono da noite anterior, número de despertares, qualidade do sono, dificuldade em adormecer e dificuldade em permanecer dormindo.	A duração do sono da noite anterior ($p < 0,001$), qualidade do sono ($p < 0,001$), dificuldade em adormecer ($p < 0,001$) e dificuldade em permanecer dormindo ($p < 0,001$) previu significativamente os sintomas de estresse pós-traumático do dia seguinte do dia seguinte.
TAYLOR, DANIEL <i>et al.</i>	Problemas de sono em militares da ativa que buscam tratamento para transtorno de estresse pós-traumático: presença, mudança e impactos nos resultados.	Examinar relatórios de sintomas de distúrbio do sono na linha de base e pós-tratamento em uma amostra de soldados do Exército dos EUA em serviço ativo recebendo tratamento para distúrbio de estresse pós-traumático (TEPT).	Sintomas de distúrbio do sono na linha de base e pós-tratamento em uma amostra de soldados do Exército dos EUA em serviço ativo recebendo tratamento para distúrbio de estresse pós-traumático (TEPT).	A insônia e os pesadelos melhoraram significativamente da linha de base ao pós-tratamento em todos os grupos, mas muitos pacientes relataram insônia clinicamente significativa (> 70%) e pesadelos (> 38%) pós-tratamento.
GROSSNAN, EPHRAIM <i>et al.</i>	Evidências preliminares ligando TEPT complexo à insônia em uma amostra de sobreviventes do genocídio Yazidi.	Avaliar as evidências preliminares ligando TEPT complexo à insônia em uma amostra de sobreviventes do genocídio Yazidi.	As evidências preliminares ligando TEPT complexo à insônia em uma amostra de sobreviventes do genocídio Yazidi.	A prevalência de diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático foi alta (> 50%) e altamente correlacionada com a insônia (95% das pessoas com diagnóstico de transtorno de estresse pós-traumático tinham

Fonte: Elaboração própria

Na tabela 3, que expõe as consequências biológicas do TEPT, foram selecionados estudos relacionando o transtorno com memória e hipocampo. Assim, com relação a memória, salienta-se que indivíduos com TEPT apresentam dificuldade em executar tarefas que utilizam a memória verbal, como por exemplo, lembrar de uma história ou até mesmo, lembrar de uma lista de compras, e tarefas que exigem funcionamento da memória executiva, como por exemplo mudar a atenção entre duas tarefas e conseguir manter o foco para terminar a tarefa e ignorar as informações sem relevância (NIJDAM *et al.*, 2018). Ainda, devido à capacidade limitada da memória, são fatores cruciais, a inibição de materiais sem relevância e a atualização destes conteúdos. Porém, pacientes com TEPT têm dificuldade em esquecer materiais ligados ao trauma, dessa forma, eles ficam com a memória sobrecarregada de informações sem relevância (NEJATI *et al.*, 2018).

No que tange o hipocampo, os estudos encontrados apontam uma diminuição do seu volume em pessoas com TEPT. Diante disso, salienta-se que no transtorno existe uma prevalência de anormalidade neuroestrutural quanto a um menor volume do hipocampo. Porém, não é claro se a atrofia é a origem dos sintomas da doença ou um fator de risco pré-existente e se essa alteração é reversível ou permanente (MISAKI, MASAYA *et al.* 2021).

Tabela 3: Tabela de análise das consequências biológicas do TEPT

Autor	Título	Constructo avaliado	Objetivos	Resultados
NEJATI, VAHID, SALEHINEJAD, MOHAMMAD ALI, SABAYEE, AZAM.	A atualização prejudicada da memória de trabalho afeta a memória de materiais emocionais e não emocionais da mesma forma: evidências de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).	A memória e o funcionamento executivo mudando ao longo do tratamento e quais variáveis clínicas foram associadas à mudança.	Examinar se a memória e o funcionamento executivo mudaram ao longo do tratamento e quais variáveis clínicas foram associadas à mudança.	Melhorias significativas de pequeno a médio porte na memória verbal, velocidade de processamento de informações e funcionamento executivo foram encontrados após psicoterapia focada no trauma.
ITOH, MARIKO <i>et al.</i>	Viés de memória e sua associação com a função de memória em mulheres com transtorno de estresse pós-traumático.	O viés de memória em pacientes de TEPT em relação aos controles e explorar uma associação entre o viés de memória e a função da memória.	Examinar o viés de memória em pacientes de TEPT em relação aos controles e explorar uma associação entre o viés de memória e a função da memória.	Pontuações de viés negativo foram significativamente correlacionadas com pior função de memória em pacientes.

WESYPHAL, ANDREW J. <i>et al.</i>	Memória de trabalho, tom de dopamina cortical e recrutamento cerebral frontoparietal no transtorno de estresse pós-traumático: um ensaio clínico randomizado.	Avaliar a discriminabilidade mnemônica (calculada com um índice da detectabilidade dos sinais da memória de trabalho) e o viés de resposta no contexto de ativações cerebrais relacionadas à tarefa.	Avaliar a discriminabilidade mnemônica e o viés de resposta no contexto de ativações cerebrais relacionadas à tarefa.	Os indivíduos com TEPT mais grave mostraram tanto maiores melhorias mediadas pelo tolcapona (inibidor da enzima Catecol O-Metiltransferase) em de quanto maiores reduções mediadas pelo tolcapona na resposta liberalmente tendenciosa para estímulos de medo.
SIPPEL, LAUREN M. <i>et al.</i>	Mecanismos neurocognitivos de má conexão social no transtorno de estresse pós-traumático: evidências de anormalidades na memória de trabalho social.	O recrutamento da rede padrão e as respostas comportamentais durante a memória de trabalho social (SWM; ou seja, manter e manipular informações sociais de momento a momento) em relação ao TEPT e à conexão social.	Examinar o recrutamento da rede padrão e as respostas comportamentais durante a memória de trabalho social (SWM; ou seja, manter e manipular informações sociais de momento a momento) em relação ao TEPT e à conexão social.	Indivíduos com TEPT mostraram um déficit seletivo na precisão do SWM e hiperativação na rede padrão, particularmente no subsistema dorsomedial, em testes com quatro relações a serem consideradas.
LARSEN, SADIE E. <i>et al.</i>	Um ensaio piloto randomizado de um programa de treinamento de memória de trabalho emocional dual n-back para veteranos com sintomas elevados de TEPT.	A possibilidade de um treinamento memória de trabalho emocional ser aplicado a um adulto amostra de veteranos com TEPT.	Examinar se examinar se um treinamento WM emocional pode ser aplicado a um adulto amostra de veteranos com TEPT.	No geral, ambos os grupos mostraram diminuições significativas nos sintomas de TEPT.
BREMNER, J. DOUGLAS <i>et al.</i>	O ambiente contribui mais do que a genética para diminuir o volume do hipocampo no Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).	A contribuição relativa de fatores genéticos e ambientais para o volume do hipocampo no TEPT.	Usar um projeto de controle de caso com gêmeos para avaliar a contribuição relativa de fatores genéticos e ambientais para o volume do hipocampo no TEPT.	Gêmeos com TEPT relacionado ao combate no Vietnã tiveram um volume médio do hipocampo direito 11% menor em comparação com seus irmãos gêmeos sem exposição a combate ou TEPT.
BEM-ZION, ZIV <i>et al.</i>	Fatores de risco neuroanatômico para transtorno de estresse pós-traumático em sobreviventes de trauma recentes.	Estudo prospectivo longitudinal de sobreviventes de trauma recentes.	Estudar estudo prospectivo longitudinal de sobreviventes de trauma recentes.	Em 1 mês após o trauma, o volume do hipocampo moderou significativamente a relação entre o volume do hipocampo e a gravidade do TEPT.
CHEN, LYON W. <i>et al.</i>	Menor volume do subcampo CA1 do hipocampo no transtorno de estresse pós-traumático.	As alterações associadas ao TEPT em 12 subcampos do hipocampo em relação à forma global do hipocampo e características clínicas.	Examinar as alterações associadas ao TEPT em 12 subcampos do hipocampo em relação à forma global do hipocampo e características clínicas.	Volumes de subcampo significativamente mais baixos foram associados com TEPT.
MOREY, RAJENDRA A. <i>et al.</i>	Os volumes da amígdala, do hipocampo e do córtex pré-frontal medial ventral diferem em jovens maltratados com e sem transtorno de estresse pós-traumático crônico.	As estruturas cerebrais associadas à extinção em jovens maltratados com e sem TEPT.	Examinar as estruturas cerebrais associada à extinção em jovens maltratados com e sem TEPT, observando que essas estruturas também estão envolvidas em outras funções (regulação emocional, tomada de decisão, e processos de recompensa) que são prejudicados no TEPT.	Os sintomas de TEPT se correlacionaram inversamente com os volumes do hipocampo direito e esquerdo e da amígdala esquerda.
RANGAORAKASH, D. <i>et al.</i>	Via hipocampo-estriado comprometida como um potencial biomarcador de imagem de lesão cerebral leve traumática e transtorno de estresse pós-traumático.	As assinaturas neurais são caracterizadas por regiões do cérebro funcionalmente hiperconectadas que são menos variáveis ao longo do tempo	Testar a hipótese de que as assinaturas neurais são caracterizadas por regiões do cérebro funcionalmente hiperconectadas que são menos variáveis ao longo do tempo.	A partir da conectividade do cérebro inteiro, identificamos que a conectividade do hipocampo-corpo estriado está significativamente alterada de acordo com

Fonte: Elaboração própria

Na Tabela 4, foram apresentadas as consequências sociais do TEPT. As categorias temáticas situaram-se em função das dificuldades sexuais, problemas de violência e síndrome de Burnout comórbido ao transtorno estudado. Diante do exposto, os resultados apontam para evidências de que o TEPT está relacionado ao consumo excessivo de álcool e uso de cocaína, TEPT associado com escores altos para Burnout e também aumento do risco de perpetração de violência (BUCHHOLZ *et al.*, 2017).

Tabela 4: Tabela de análise das consequências sociais do TEPT

Autor	Título	Constructo avaliado	Objetivos	Resultados
KOLAJA, CLAIRE A. <i>et al.</i>	Dificuldades de saúde sexual entre mulheres em serviço: a influência do transtorno de estresse pós-traumático.	Associações entre combate recente e agressão sexual com dificuldades de saúde sexual.	Examinar se as associações entre combate recente e agressão sexual com dificuldades de saúde sexual foram mediadas por transtornos mentais e identificou fatores associados a dificuldades de saúde sexual entre mulheres em serviço.	O provável TEPT mediou as associações de combate recente e agressão sexual com dificuldades de saúde sexual.
GUNNTHORSDDOTTIR, HRAFNHILDUR <i>et al.</i>	Prevalência de maus-tratos na infância e sintomas de estresse pós-traumático entre presidiários do sexo masculino na Islândia.	A frequência de maus-tratos na infância entre presidiários do sexo masculino na Islândia e a porcentagem de presidiários do sexo masculino que atendem aos critérios de triagem para TEPT.	Determinar a frequência de maus-tratos na infância entre presidiários do sexo masculino na Islândia e a porcentagem de presidiários do sexo masculino que atendem aos critérios de triagem para PTSD.	Alta prevalência de maus-tratos na infância. Entre a amostra, dois terços dos participantes estavam acima da pontuação de corte para TEPT na TEPT Symptom Scale-Self-Report, todos os quais expressaram uma qualidade de vida reduzida e / ou prejuízo funcional por causa de seus sintomas.
FAN, YUNGE <i>et al.</i>	Transtorno de estresse pós-traumático e esgotamento profissional entre funcionários do governo local sete anos após o terremoto de Wenchuan na China: um estudo longitudinal	Mudanças no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e esgotamento profissional ao longo de sete anos, e sua relação subjacente.	Investigar mudanças no TEPT e esgotamento profissional ao longo de sete anos, e sua relação subjacente.	As taxas de casos positivos de rastreamento de TEPT foram 23,2% em T1y e 11,1% em T7y. As porcentagens de burnout moderado foram 61,7% . A análise cross-lagged indicou que burnout em T1y previu TEPT em T7y.
CARMASSI, CLAUDIA <i>et al.</i>	Transtorno de estresse pós-traumático, burnout e seu impacto no funcionamento global em profissionais de saúde de emergência italianos.	TEPT, burnout e funcionamento global em uma amostra de profissionais de saúde de emergência (PS) de um grande hospital universitário na Itália.	Investigar TEPT, burnout e funcionamento global em uma amostra de profissionais de saúde de emergência (PS) de um grande hospital universitário na Itália, explorando possíveis correlações entre os dois construtos.	Quarenta e nove indivíduos relataram TEPT sintomático total (18, 14,3%) ou parcial (31, 24,6%). Os profissionais de saúde com TEPT relataram escores de burnout significativamente mais altos e comprometimento do funcionamento global em comparação com aqueles sem TEPT.

BUCHHOLZ, KATHERINE K <i>et al.</i>	Associações entre PTSD e agressão do parceiro íntimo e não parceiro entre substâncias que usam veteranos em saúde mental especializada.	Associações entre provável TEPT, consumo excessivo de álcool, uso de maconha, uso de cocaína e perpetração de violência por parceiro e não parceiro.	Investigar as associações entre provável TEPT, consumo excessivo de álcool, uso de maconha, uso de cocaína e perpetração de violência por parceiro e não parceiro.	Em análises bivariadas, provável TEPT em substância usando veteranos foi associado à perpetração de violência. Em análises de regressão Cocaína e consumo excessivo de álcool foram independentemente associados com agressão física e por ferimento por não parceiro e agressão por ferimento por não parceiro, respectivamente
--	---	--	--	--

Fonte: Elaboração própria

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral deste artigo foi compreender as consequências biopsicossociais geradas pelo TEPT e os objetivos específicos foram: analisar as consequências psicológicas, biológicas e sociais do mesmo. Assim, no que diz respeito aos objetivos, todos foram alcançados, nas consequências biológicas, foram encontradas relações do transtorno com problemas na memória e no volume do hipocampo, no que tange as consequências psicológicas, foram encontradas ligações do TEPT com insônia e suicídio. Já no que diz relacionado às consequências sociais, foram analisadas as associações do transtorno com violências, uso de substâncias e síndrome de burnout.

A limitação deste trabalho foi a pouca quantidade de publicações nacionais a respeito do tema e o fato de encontrar mais trabalhos vinculados a etiologia da patologia, além disso, percebe-se que o mesmo apresenta influências culturais na sua origem e consequências. Salienta-se, ainda, a relevância dos estudos acerca do TEPT para que as pessoas que sofrem do mesmo tenham acesso ao tratamento correto e não caiam nas estatísticas dos casos subnotificados. Disto isto, ressalta-se a importância de trabalhos desta natureza, que visam investigar quais as consequências que a psicopatologia acarreta a vida das pessoas.

Este trabalho, portanto, fornece dados a literatura nacional explorando aspectos ambos que abarcam não só uma dimensão, mas a pluridimensionalidade que é compreender o ser humano. Estudos desta natureza precisam ser explorados em pesquisas futuras, considerando investigações empíricas e planos interventivos.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (org.). **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais**: dsm-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 1401 p.
- ANDRETTA, Ilana; OLIVEIRA, Margareth. **MANUAL PRÁTICO DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**. São Paulo: Casapsi, 2011. 613 p.
- BACH, Suelen de Lima *et al.* Risco de suicídio em e trauma na infância em indivíduos diagnosticados com transtorno de estresse pós-traumático. **Trends Psychiatry Psychother**, Pelotas, p. 253-257, 2018.
- BARLOW, David H.. **Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos**: tratamento passo a passo. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016. 724 p.
- BIGGS, Quinn M.; URSANO, Robert J.; WANG, Jing; WYNN, Gary H.; CARR, Russell B.; FULLERTON, Carol S.. Post traumatic stress symptom variation associated with sleep characteristics. **Bmc Psychiatry**, [S.L.], v. 20, n. 1, p. 20-25, 16 abr. 2020.
- BRANDAO, Rui. **TEPT**: o que é e como tratar transtorno do estresse pós-traumático? o que é e como tratar Transtorno do Estresse Pós-Traumático? 2018. Disponível em: <https://zenklub.com.br/blog/saude-bem-estar/tept/>. Acesso em: 12 nov. 2021.
- BUCHHOLZ, Katherine R.; BOHNERT, Kipling M.; SRIPADA, Rebecca K.; RAUCH, Sheila A.M.; EPSTEIN-NGO, Quyen M.; CHERMACK, Stephen T.. Associations between PTSD and intimate partner and non-partner aggression among substance using veterans in specialty mental health. **Addictive Behaviors**, [S.L.], v. 64, p. 194-199, jan. 2017.
- COSTA, Aline Cristina de Oliveira; COUTINHO, Evandro da Silva Freire; VIANA, Maria Carmen. **Transtorno de estresse pós-traumático, comorbidades e comportamento suicida**: resultados do estudo epidemiológico de transtornos mentais São Paulo megacity. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 8., 2019, João Pessoa. Anais... João Pessoa: ABRASCO, 2019. 2 p.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019. 505 p.
- EMYGDIO, Nathalia Balloni *et al.* Efeitos do Transtorno de Estresse Pós-Traumático na Memória. **Psicologia: Ciência e Profissão**, [s. l.], v. 39, n. 2019, p. 1-13, abr. 2019.
- FIGUEIRA, Ivan; MENDLOWICZ, Mauro. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, [S.L.], v. 25, n. 1, p. 12-16, jun. 2003.
- JOCA, Sâmia Regiane L; PADOVAN, Cláudia Maria; GUIMARÃES, Francisco Silveira. Estresse, depressão e hipocampo. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Ribeirão Preto, v. 25, p. 46-51, dez. 2003.
- KOLK, Bessel van Der. **O CORPO GUARDA MARCAS**: cérebro, mente e corpo na cura do trauma. Rio de Janeiro: Sextante, 2020. 479 p.
- KNAPP, Paulo; CAMINHA, Renato Maiato. Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 25, n. 2003, p. 31-36, jun. 2003.
- MISAKI, Masaya; MULYANA, Beni; ZOTEV, Vadim; WURFEL, Brent E.; KRUEGER, Frank; FELDNER, Matthew; BODURKA, Jerzy. Hippocampal volume recovery with real-time functional MRI amygdala neurofeedback emotional training for posttraumatic stress disorder. **Journal Of Affective Disorders**, [S.L.], v. 283, p. 229-235, mar. 2021.

NEJATI, Vahid; SALEHINEJAD, Mohammad Ali; SABAYEE, Azam. Impaired working memory updating affects memory for emotional and non-emotional materials the same way: evidence from post-traumatic stress disorder (ptsd). **Cognitive Processing**, [S.L.], v. 19, n. 1, p. 53-62, 19 set. 2017.

NIJDAM, Mirjam J. *et al.* Neurocognitive functioning over the course of trauma-focused psychotherapy for PTSD: changes in verbal memory and executive functioning. **British Journal Of Clinical Psychology**, [S.L.], v. 57, n. 4, p. 436-452, 1 maio 2018.

Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/bjc.12183>. Disponível em:

<https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjc.12183>. Acesso em: 16 nov. 2021.

OLIVEIRA, Ivone Beltrame de. **Transtorno do estresse pós – traumático: revisão bibliográfica dos mecanismos, consequências e reabilitação de pessoas envolvidas em acidente com veículo automotor.** 2010. 80 f. Monografia (Especialização) - Curso de Especialização em Neurociência & Comportamento, Instituto de Ciências Biológicas da Ufmg, Belo Horizonte, 2010.

PERES, Julio Fernando Prieto; NASELLO, Antonia Gladys. Achados da neuroimagem em transtorno de estresse pós-traumático e suas implicações clínicas. **Archives Of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 32, n. 2005, p. 198-201, jul. 2005.

QUARANTINI, Lucas C. *et al.* Transtornos de humor e de ansiedade comórbidos em vítimas de violência com transtorno do estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Salvador, v. 31, n. 2009, p. 566-576, out. 2009.

QUEVEDO, João; IZQUIERO, Ivan. **Neurobiologia dos transtornos psiquiátricos.** Porto Alegre: Artmed, 2020. 374 p.

RANGÉ, Bernard e *et al.* **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 796 p.

REIS, Ana Maria; CARVALHO, Lucas de Francisco. **Produção científica sobre o Transtorno de Estresse Pós-Traumático no contexto de desastres.** Avaliação Psicológica, Itatiba, v. 15, n. 2, p. 237-247, 2016. Semanal.

ROSS, Gina. **Do Trauma a Cura.** São Paulo: Summus, 2014. 191 p.

SANTOS, Ana Flávia de Oliveira; CARDOSO, Carmen Lúcia. Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. **Psicologia em Estudo**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 245-251, set. 2010.

SILVA, Herika C. da *et al.* PTSD in mental health outpatient settings: highly prevalent and under-recognized. **Brazilian Journal Of Psychiatry**, Rio de Janeiro, p. 214-217, 2019.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 2010, p. 102-106, jan. 2010.

SCHESTATSKY, Sidnei *et al.* A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Porto Alegre, v. 25, n. 2003, p. 8-11, jun. 2003.

STRAUB, Richard. **Psicologia da saúde: uma abordagem biopsicossocial.** 3. ed. São Paulo: Artmed, 2014. 495 p.

Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**; 2005.

VASCONCELOS NETO, Paulino José de Albuquerque *et al.* Tentativa de suicídio, transtorno de estresse pós-traumático e fatores associados em mulheres do Recife. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Recife, v. 23, n. 2020, p. 1-14, mar. 2020.

O DESEJO E SEUS DESDOBRAMENTOS NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*: Uma Perspectiva Psicanalítica

Ana Beatriz Costa de Medeiros¹

Aline Arruda Rodrigues da Fonseca²

RESUMO

A personalidade é um construto particular do ser humano que manifesta uma dimensão das diferenças individuais e padrões de pensamento, sentimentos e ações do indivíduo com ele mesmo e com o seu mundo exterior. Entretanto, quando os traços de personalidade são inflexíveis e marcados o suficiente para causar sofrimento significativo no sujeito chamamos de transtorno de personalidade. Neste artigo, delimitou-se o estudo das características dos transtornos de personalidade do tipo B, especificamente o *Borderline*. Este artigo tem como objetivo relacionar e investigar a sintomatologia do transtorno de personalidade *Borderline* ao mecanismo de desejo na visão psicanalítica. Através da revisão integrativa de literatura de cunho qualitativo e descritivo, visou traçar reflexões sobre a importância do vínculo terapêutico com esses pacientes, apontou os principais teóricos da literatura psicanalítica e suas associações ao transtorno *Borderline* e explicou a influência do transtorno nesses sujeitos, quais seriam suas consequências, efeitos e como se dá a busca pelo prazer. Foram analisados 11 artigos na língua portuguesa dos últimos 20 anos. Baseando-se na psicanálise foi possível relacionar e se aprofundar nos desdobramentos acerca do desejo com o indivíduo *Borderline*. Assim, fez-se necessário expandir o conhecimento da vida subjetiva do indivíduo como forma de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos expostos a esses transtornos de personalidade e ainda trazer a importância no quesito de auxiliar os profissionais a construir mecanismos cada vez mais efetivos para lidar com esses pacientes.

Palavras-chave: personalidade; transtorno de personalidade *Borderline*; psicanálise; desejo.

ABSTRACT

Personality is a particular construct of the human being that manifests a dimension of individual differences and patterns of thought, feelings and actions of the individual with himself and their outer world. However, when personality traits are inflexible and marked enough to cause significant suffering in the individual, we call it a personality disorder. In this article, the study of the characteristics of type B personality disorders, specifically *Borderline*, was delimited. This project aims to relate and investigate the symptomatology of *Borderline* personality disorder to the desire mechanism in a psychoanalytic perspective. Through an integrative literature review of a qualitative and descriptive nature, it aimed to draw reflections on the importance of the therapeutic bond with these patients, pointed out the main theorists of the psychoanalytic literature and their associations with *Borderline* disorder and explained the influence of the disorder on these subjects, which would be their consequences, effects and how the search for pleasure takes place. Eleven articles in Portuguese, from the last 20 years, were analyzed. Based on psychoanalysis, it

1 Graduanda do Curso de Psicologia. E-mail: tiafauebia@gmail.com.

2 Profa. Orientadora do curso de Psicologia. Email: prof1813@iesp.edu.br.

was possible to relate and deepen the developments about desire with the Borderline individual. Thus, it was necessary to expand the knowledge of the individual's subjective life as a way to improve the quality of life of individuals exposed to these personality disorders and also to bring the importance of helping professionals to build increasingly effective mechanisms to deal with these patients.

Keywords: Personality; *Borderline* personality disorder; Psychoanalysis; Desire.

INTRODUÇÃO

Desde o surgimento da Psicanálise, o fundador Sigmund Freud apresenta o inconsciente e suas particularidades, explicou sobre a transformação do reprimido para o consciente e trouxe reflexões sobre o desejo como sendo um movimento em direção à marca psíquica deixada pela vivência de satisfação que acalma uma necessidade. Diferentemente no senso comum, que há o desejo como vontade e ação de querer algo, para Freud (2019), em seu livro *A Interpretação dos Sonhos*, não é compreendido como uma necessidade que se satisfaz através de um objeto e sim por uma falta. Essa falta só será saciada quando o inconsciente busca uma experiência de satisfação que resulte em prazer, assim, impulsiona o sujeito a regular suas percepções e relações subjetivas com a realidade e todos que o cercam.

A abordagem psicanalítica também é um arcabouço de conhecimento no que concerne ao estudo de personalidade através do id (princípio do prazer), ego (princípio da realidade) e superego (princípio da moralidade) (FREUD, 2019). A personalidade, mesmo sendo um complexo singular que modela a forma que o indivíduo interage com o outro e com o ambiente, pode trazer características consideradas inadequadas que causam desconforto acentuado na vida do mesmo. Ela ainda pode ser definida como um processo dinâmico, que se encontra associado a um conjunto de traços que influenciam o funcionamento psicológico. Portanto, o traço indica uma dimensão das diferenças individuais e padrões de pensamento, sentimentos e ações do indivíduo (MCCRAE; JOHN, 1992 apud HUTZ *et al.* 1998).

A partir do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5 (APA, 2014) é possível entender que os transtornos de personalidade envolvem traços de personalidade inflexíveis que são marcados o suficiente para causar sofrimento significativo no sujeito, prejudicando seu funcionamento interpessoal e desestabilizando sua adaptação em situações diárias. Ainda, conforme o DSM 5,

divide-se em 3 grupos (A, B e C), entretanto, para esse artigo, será abordado apenas o “*Borderline*”, referente ao grupo B, caracterizado pelo dramatismo, emocional e errático. O transtorno de personalidade *Borderline* (TPB) é marcado por um padrão generalizado de instabilidade e hipersensibilidade nos relacionamentos interpessoais, desregulação emocional, instabilidade na autoimagem e impulsividade.

Apesar do transtorno de personalidade *Borderline* ter sido formulado em meados dos anos 1980, ele deixa de ser uma acepção relativamente vaga de estados intermediários neurose-psicose para ser um distúrbio específico de personalidade, na qual as características predominantes nas relações pessoais, autoimagem, vida afetiva, emocional e social apresentando comportamentos instáveis e com um padrão de impulsividade corroborando em consequências significativas (DALGALARRONDO, 2019). Dessa forma, a crescente pesquisa sobre o tema e o desenvolvimento de novas formas de diagnóstico abriram espaço para um montante significativo de questões relevantes a serem aprofundadas em diversos campos que permeiam o próprio transtorno, como o meio social e familiar. Segundo Bock, Furtado e Teixeira (2001), o Psicólogo tem seu trabalho relacionado às condições gerais de vida de uma sociedade, embora atue focando na subjetividade dos indivíduos e/ou suas manifestações comportamentais. Pensar na saúde dos indivíduos significa pensar as condições objetivas e subjetivas de vida, de modo indissociado.

Portanto, a Psicologia, a partir de sua característica multidisciplinar, visa uma constante construção de conhecimento acerca do tema como forma de compreender a extensão da personalidade humana multifacetada. Ademais, interpretar os conflitos intrínsecos a ela e as diversas abordagens que investigam e analisam o método terapêutico para cada especificidade. Logo, a partir do viés psicanalítico, quais seriam os desdobramentos do desejo no indivíduo *Borderline*? Tem se que há uma falta de novas perspectivas de estudo na Psicologia acerca desse transtorno. Nesse sentido, busca-se responder a problemática de qual seria a relação entre o desejo e como resulta nos sujeitos supracitados.

O objetivo geral deste artigo foi relacionar a sintomatologia do transtorno de personalidade *Borderline* com o desejo na visão psicanalítica, e assim, foram traçados reflexões sobre a importância do vínculo terapêutico com esses sujeitos,

apontou-se os principais teóricos da literatura psicanalítica e suas associações ao transtorno *Borderline* e explicou a influência do transtorno nos indivíduos *Borderline*, destacando quais são as consequências, efeitos e como se dá a busca pelo prazer.

Assim, o artigo visa expandir o conhecimento da vida subjetiva do indivíduo como forma de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos expostos a esse transtorno de personalidade. Busca apontar uma importância no quesito de auxiliar os profissionais dessa área a construir mecanismos cada vez mais efetivos para lidar com esses pacientes. Em relação aos estudantes de Psicologia, fornecer embasamento teórico mais aprofundado sobre o tema e construção de reflexões no viés psicanalítico; provocar o avanço nas pesquisas relacionadas a esses transtornos tendo em vista que são condições mentais de difícil diagnóstico por exigir uma avaliação criteriosa e manejo por parte do profissional da saúde mental, não deve somente visualizar o sujeito como uma classificação e sim contemplá-lo em todos seus aspectos intrínsecos.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A partir dos primeiros estudos científicos da Psicologia Experimental iniciada pelos médicos franceses em 1879, como Charcot, que aprofundou seus conhecimentos sobre o tratamento da personalidade considerada anormal, à personalidade se transformou em um tema de suma importância para o entendimento dos aspectos intrínsecos e superficiais do indivíduo. Sabe-se que ela motiva na maneira que o sujeito se comporta no meio social nas diversas situações cotidianas e quais estratégias ela toma para melhor adaptação nele. Além do comportamento, ela também é representada pelos padrões característicos que traduzem os sentimentos e pensamentos (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001).

Conforme Schultz e Schultz Ellen (2002, p. 9) a personalidade define-se como “os aspectos internos e externos peculiares, relativamente permanentes do caráter de uma pessoa, que influenciam o comportamento em situações diferentes.” Ainda, é um construto particular de cada sujeito, sendo responsável pelo processo de dinamismo e reflexão do próprio funcionamento psicológico em sua totalidade, assim, é construída ao longo do ciclo vital e representa o modo como o sujeito estará vivenciando socialmente. Entende-se que a expressão máxima do sujeito resulta da relação entre o indivíduo com o mundo, engloba toda sua particularidade e suas

funções psicológicas, colocando em pauta as experiências objetivas e subjetivas que, para ele, foram consideradas importantes para a elaboração e desenvolvimento de sua singularidade e diferenciação de outros sujeitos como um ser único (D'AMICO; MONTEIRO, 2012).

Entretanto, além dos estudos da personalidade de modo geral, percebeu-se um atravessamento de desordem mental nos indivíduos e assim marcou a multiplicidade de descrições e termos dos transtornos de personalidade. Até o fim do século XIX, o termo transtorno de personalidade significava uma desintegração da consciência, como o sonambulismo ou a anestesia histérica por exemplo, e diversos foram os termos que apresentaram a mesma confusão ao longo dos anos (CAMPOS; CAMPOS OLIVEIRA; SANCHES, 2010).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM 5 (APA, 2014) um transtorno da personalidade é um padrão persistente de experiência interna e comportamento que se desvia acentuadamente das expectativas da cultura do indivíduo, é difuso e inflexível, começa na adolescência ou no início da fase adulta, é estável ao longo do tempo e leva a sofrimento ou prejuízo. Assim, a partir da percepção, reação e relacionamentos desse sujeito é possível identificar fatores que causam comprometimento interpessoal no funcionamento normal da sua vida devido a rigidez e mal adaptação.

Em continuidade com as informações obtidas pelo DSM 5 em relação aos transtornos da personalidade, delimitamos o presente estudo as características dos transtornos de personalidade do tipo B, especificamente o *Borderline*. O manual traz o conceito de transtorno de personalidade *Borderline* dentro dos critérios diagnósticos como:

Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes:

1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)
2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.
3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.
4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)

5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.
6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).
7. Sentimentos crônicos de vazio.
8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).
9. Ideação paranóide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos (APA, 2014, p. 663).

Através do uso dos critérios do DSM 5, com o objetivo de apresentar uma vantagem de criar uma linguagem simples, pode-se compreender que os sujeitos tendem a expressar impasses e resistências nos seus relacionamentos tanto de modo geral, quanto no trabalho e consigo mesmo. Tal fato ocorre devido a aspectos como: falta de proteção emocional, mundo afetivo instável, humores flutuantes e extremos, acessos de raiva inapropriados, medo intenso e crônico do abandono, sensação crônica de vazio (manifestação nos comportamentos autodestrutivos – automutilação, ameaça e tentativa de suicídio), apego dependente e afastamento abrupto, falha no senso de identidade buscando segurança e autodefinição a partir de outras pessoas e, conseqüentemente, levando a crises de oscilação de humor pela idealização inapropriada impulsionando desprezo e hostilidade com o outro. Dessa forma, é perceptível como a sintomatologia do transtorno de personalidade *Borderline* é singular, o que justifica sua prevalência em cerca de 1,6% da população mundial e sua dificuldade diagnóstica. Além disso, em relação à gênese do transtorno, ela pode estar relacionada a aspectos genéticos e uso de substâncias em adolescentes e adultos jovens e apresenta recorrência de 75% em relação ao gênero feminino (APA, 2014).

Iniciando a concepção psicanalítica no que concerne às contribuições da mesma para a compreensão do *Borderline*, Freud, mesmo sabendo da sua preferência pelas neuroses, histerias e castração, conseguiu tecer diversos ensinamentos acerca do transtorno. Para Green (1999, p. 52, apud HEGENBERG, 2009, p. 36): “O interesse de Freud pelos estados-limite já estava presente porque ele descreve, sem nomear, estas estruturas. Constata-se a tendência à repetição, a tendência a agir, a tendência à desorganização do ego.”

Ainda, trouxe um termo chave, a relação anaclítica, sendo essa, marcada pela forte dependência emocional a alguém transformando o sujeito um ser onipotente e com sua pulsão sexual amparada na pulsão de autoconservação, nos quesitos

familiares e relevância do apoio. Destaca-se que Freud apresentou uma ausência em relação a teoria das relações objetais, e para uma análise completa do *Borderline* é imprescindível um olhar voltado para a transferência e contratransferência, o mundo externo do ser também faz parte da integridade psíquica e por isso há essa necessidade de observar todas as partes, principalmente da relação de objeto.

Através de Ribeiro (2010), foi possível identificar e analisar algumas compreensões sobre o que seria uma personalidade *Borderline*. Foi trazido como uma estrutura específica, entre a neurose e a psicose, em que ocorreriam respostas flutuantes aos conflitos psíquicos; também como uma indefinição estrutural, tendo a permanência em um estado infantil, anterior à posição relativamente estável frente à castração; e como uma descrição de comportamentos específicos.

A partir das estruturas de personalidade, neurótica, psicótica e perversão, Lacan (2002) considerou que esse transtorno não existia, tendenciou a acreditar que ele era uma histeria grave ou um ser perverso devido a sua recusa da realidade e ainda porque a relação anaclítica citada anteriormente estaria ligada a castração e a mesma ainda se condensava na concepção estrutural.

Através dos estudos de Bergeret (1985 apud HEGENBERG, 2009) sobre a personalidade e seus três diferentes tipos: psicótica, neurótica e estado limítrofe, é possível observar elementos marcantes no tipo estado limítrofe que se aprofundam no *Borderline*. Com base nos critérios de classificação sendo estes: instância dominante na organização, natureza do conflito, natureza da angústia, defesas principais e relação de objeto, esse estado se organiza de uma forma em que o sujeito tem medo de perder seu objeto anaclítico (angústia de separação), em que o mesmo se apoia, espera ser amado e se torna dependente daquele que o realiza e o protege totalmente, conseqüentemente, como possui certas imposições narcisistas dentro de si, o ego frágil não permite que exista uma real independência. Tal fato desenvolve um aspecto de imaturidade em seu superego principalmente no sentido de sempre priorizar o amor do objeto.

Além do mais, Bergeret (1998) defende que o conflito do *Borderline* é uma doença do narcisismo em que a relação objetal manteve-se centrada da dependência analítica do outro, sendo uma característica marcante da organização

limítrofe. De fato, esse sujeito apoia-se no outro passivo esperando uma demanda de satisfações positivas.

Em uma situação de risco depressivo, o indivíduo vive dolorosamente sem aceitar o fracasso das suas realizações do ego causando um impacto desorganizador que acaba resultando em comportamentos de ordem sedutora ou de domínio que envolve submissão e controle direcionado ao objeto. Além disso, se o objeto se apresentar com grande aproximação, o sujeito tende a sentir-se invadido o que se converte em uma angústia de intrusão (HEGENBERG, 2009).

A manutenção da autonomia do eu frente ao objeto é crucial, para Garcia (2007, p. 131): “A preocupação em manter uma identidade sempre precária e ameaçada pelas angústias de intrusão e de separação está no centro das relações de objeto, no caso dos estados limite.” Ou seja, a manutenção dos limites desses pacientes devem ser levadas em consideração através do movimento desejante que ocupa lugar secundário em relação à necessidade de se defender do objeto intrusivo. Com o intuito de proteção do ego, é exposto a fragilidade dos limites tanto do interno quanto do externo gerando uma guerra interna que não consegue definir os limites, mas consegue uma certa harmonia do eu.

Em relação a constituição psíquica desses pacientes, é importante que o objeto primário mãe seja desligado para dar vez a construção da trajetória desejante e o pensamento, com isso será permitido, através do trabalho do negativo, que o objeto possa satisfatoriamente estimular, conter a atividade pulsional e também permitir a emergência de vários objetos substitutivos. Mesmo que o objeto esteja desligado, ele continua sendo parte da estrutura psíquica (GREEN, 1988; 1995 apud GARCIA, 2007). A função primordial do objeto que se deixa apagar é a constituição de um vazio estruturante, uma presença ausente que dá acesso ao desejo e possibilita a experiência de separação (FIGUEIREDO, 2016).

Ainda, se há excesso de ausência, o desespero e desamparo são tão grandes que provocam a destruição das ligações, a intolerância à frustração e uma necessidade de negar tudo, inclusive a si mesmo. Ressalta-se que a face patológica do negativo aparece quando o objeto não se deixa apagar, sendo incapaz de cumprir suas funções ou por excesso de presença ou por excesso de ausência (ZORNIG, 2015).

Assim como Bergeret (1985; GREEN, 1999 apud HEGENBERG, 2009) postula acerca dos conflitos limítrofes expressos pela dupla angústia de separação e intrusão como sendo as principais ansiedades referentes ao *Borderline*, além disso, ressalta a importância de o ego estar situado em primeiro plano nos estudos desse transtorno devido a essa instância ser a principal afetada nos diversos transtornos de personalidade. Ademais, afastando a elaboração psíquica do modelo psicanalítico de Freud em relação a realização do desejo, a partir de 1920, passa a ser representado pela ação, dessa forma, a uma tendência à descarga, repetição e agir do sujeito potencializando a sua impulsividade, como resultado ameaça a representação psíquica (HEGENBERG, 2009).

Não menos importante, Winnicott (1969 apud HEGENBERG 2009) doou sua atenção para o ser humano e sua constituição como sujeito, partindo da formação do *self* e das análises do ambiente da sua infância. No caso do *Borderline*, por causa de suas vivências de vazio, o *self* não está completamente formado e o indivíduo tende a precisar de uma experiência com alguém que possa contribuir com essa busca do seu *self*. A transferência do analista e paciente torna-se uma relação objetal permeada de reciprocidade e mutualidade. Uma falha na questão do ambiente suficientemente bom promove a relação de dependência anaclítica com o objeto subjetivo, visto que o *Borderline* reage mal às angústias de invasão, sendo incapaz de destruir e usar o objeto, além de não conseguir ter relacionamentos com pessoas reais e sentir-se real.

Prosseguindo com a análise do mundo psíquico do *Borderline*, especificamente seus desdobramentos com o desejo, é importante ter em vista a sua interpretação trazida por alguns autores já mencionados anteriormente. A ideia freudiana de que o desejo é o movimento de retorno a uma identidade perceptiva que move o aparelho psíquico a reproduzir experiências de satisfação, sustenta que ele está ligado a representações e elas podem ser através dos sonhos e manifestação de um sintoma. Dessa forma, o desejo é um grande harmonizador da subjetividade, pois, consegue organizar as relações temporais e os modos de relação com a alteridade aos meios de subjetivação, de modo que o desejante atue para realizar sua satisfação e ainda, a realização do desejo é algo que não se inclui na realidade (FREUD, 2019).

Não existe satisfação do desejo na realidade, visto que a dimensão do desejo não tem outra realidade que não a de uma realidade psíquica, ou seja, o que sustenta o desejo é da ordem de uma fantasia, e não de uma realidade (KUSS, 2014). O desejo é a divergência entre uma necessidade que se satisfaz e uma demanda que se responde, mas para que se o satisfaça é necessário o apagamento dele. A partir da fantasia, o desejo tem possibilidade de continuar existindo porque é ela que tem a função de sustentar o desejo e não o objeto (LACAN, 1988). Logo, o objeto do desejo ou é uma fantasia que sustenta o desejo ou é um deslize, mas é a fantasia que provoca que o sujeito permaneça como desejante (KUSS, 2014).

A direção do sujeito a um objeto se dá por meio da extinção da sua falta original, mas essa busca pelo objeto não o satisfaz completamente pois ele não encontra o que o causou o seu desejo. O novo objeto é procurado por meio de uma busca de satisfação passada e ainda, não há objeto que satisfaça o desejo, mas apenas objeto que o causa. Ou seja, o que sustenta um desejo é o impossível de satisfazê-lo (LACAN, 1995). Para Darriba (2005 apud KUSS 2014), a experiência do objeto reencontrado insinua que há um objeto perdido, e esse associa o desejo à busca de um reencontro com o objeto, mas o que de fato se inscreve é a falta que faz alusão ao fracasso dessa busca.

O que o sujeito deseja é sempre o desejo do Outro e estará reproduzido à linguagem. A origem da experiência do desejo é a falta, e ela é o estado para o desejo, então pode-se dizer que o objeto do desejo humano não é um objeto, mas outro desejo. Para Freud, se o objeto é reencontrado, remete-se à ideia de que ele foi mesmo perdido, ou seja, o objeto natural foi perdido e para a Psicanálise ele nunca foi tido (GARCIA-ROZA, 2004).

Segundo Lacan (2002), o desejo carrega consigo uma determinada quantidade de amor que se manifesta na personalidade como provocador de um amor que não se confessa e que se recusa mesmo a se confessar. Sua perspectiva analítica concebeu a noção de desejo a partir da necessidade e da demanda. Essa concepção traz que o desejo nasce da desigualdade entre essas duas variáveis, a necessidade se direciona para um objeto real, sem se interessar, com fins de satisfazer sua vontade e realizar sua fantasia, outrora, a demanda é formada com base no reconhecimento exigido do sujeito pelo outro, ignorando sua linguagem e inconsciente, sendo assim o objeto não se torna fundamental porque no fundo há

demanda de amor (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001). Assim, um objeto só se torna desejável a partir do momento em que ele é objeto de desejo do outro, tendo a necessidade de o objeto da demanda dialetizar com esse objeto de desejo.

Vale salientar que, caso o objeto primário não seja tão simbólico, se faz a presença de sentimentos como sendo o próprio objeto primário para o sujeito, conseqüentemente, essa fragmentação egóica na personalidade *Borderline* irá buscar inconscientemente a turbulência emocional, mesmo que seja doloroso e perturbador, esse estado de tumulto é desejado por ele e encontrar-se num estado de angústia produz gratificação. Qualquer experiência emocional que faça o sujeito sentir diretamente a presença do objeto motiva-o na sua busca. Esse tumulto ainda traz uma intensidade mental violenta que promove o agravamento da dor que ocasionou a situação inicial, logo, criam o objeto primário no Outro com a crença de que dessa maneira obterá uma verdadeira intimidade. Mesmo que o *Borderline* sofra pelo excesso ou por ser excessivo, para se recompor, é necessário que ele recue para um isolamento do *self* antes de se entregar violentamente ao seu objeto de desejo. Em outra tradução, o objeto é uma estrutura que permite a elaboração do afeto, do pensamento e do discurso (BOLLAS, 2003).

Uma falha no processo de representação dos objetos pulsionais constrói o quadro *Borderline*, tendo em vista que a libido não se associa a um objeto externo conseqüentemente ela não encontra um meio de representação, por isso as fronteiras entre as instâncias são permeáveis e se constituem a partir da oscilação da libido e dos objetos (JUNQUEIRA; COELHO JUNIOR, 2006).

É através da representação objetal que é realizada a construção dos limites, ela dependerá da qualidade da experiência de satisfação do sujeito, já que esses limites podem ser visualizados em diferentes ângulos, como o imaginário e o real. Essa experiência tem o potencial de suportar a ausência do objeto, atrasar a descarga, construção da noção da realidade externa e sua própria percepção da diferença do que é de dentro/fora, consegue substituir o objeto de satisfação graças aos mecanismos de deslocamento e condensação vindo de objetos que o satisfaçam parcialmente (BRUSSET, 1998 apud FIGUEIREDO *et al.* 2016). Semelhante, Bollas (2003) traz a seguinte afirmação: “O fato de o objeto *Borderline* localizar-se com frequência na fronteira entre o externo e o interno - relacionado a um acontecimento externo, mas imediatamente evocado internamente - dá

testemunho do seu lugar inconsciente: um fora que é ao mesmo tempo um dentro” (p. 9). Antonelli (2016) reflete que para o paciente *Borderline* existe a incapacidade de distinguir entre interior e exterior, e ela é traduzida em um não saber o que é o seu sentimento e o que está acontecendo na sua própria realidade.

Partindo do princípio de que o *Borderline* está sempre em busca de um objeto para alimentar seu ego frágil, devido a sua dependência com ele e tendo seu direcionamento do objeto como um fator para a satisfação do desejo, há uma maior intensidade de frustração. Conforme Hegenberg (2009, p. 88): “Inicialmente, como estes pacientes não têm um *self* constituído, eles não sabem exatamente o que querem, estando na dependência dos desejos de outrem (estádio de dependência de Winnicott)”. Logo, o desejo desse indivíduo é expressado de modo intenso e demanda tempo para ele ser capaz de desassociar sua percepção e posse em relação ao outro, separando-o como ser único e que também tenha seus próprios desejos e necessidades.

Por outro lado, o *self* do sujeito *Borderline* é alimentado pelo investimento disfarçado de uma evocação estimulada nas sensações que ajudam a encontrar a sua verdade, mas mesmo o ego sendo fragmentado, o *self* estará coeso e isso gera uma turbulência mental que o enfraquece mas também o traz para a realidade. É comum que o *Borderline* sustente-se coberto de dor e de oscilações mentais, operando mais o afeto pelo efeito sensacional que ele proporciona do que pelo papel comunicativo. Entretanto, dentro do processo terapêutico, existe a possibilidade do analista reforçar o falso *self* da pessoa, sendo uma tentativa inconsciente de não despertar afetos para provocar o *self*. Só é possível entender a entrega do paciente a uma busca da pura turbulência se compreender que o desejo do paciente pela perturbação não é apenas uma descompensação produzida pelo abandono de objetos internos de seu lugar estrutural, mas um pedido do primário (BOLLAS, 2003).

No que diz respeito ao tratamento de um paciente *Borderline*, visto que todo sofrimento traz consigo uma demanda de reconhecimento, é de suma importância o trabalho interpretativo do analista frente a um comportamento transferencial desejante que transpareça acolhimento e diferença - perante as coordenadas éticas - para que o analisando busque um reconhecimento no analista numa tentativa de trazer para si uma alienação que os acalma. Isto é, o desejo do analista é o desejo

de que o sujeito produza sua mais absoluta diferença, assim, o analista não se pode portar com indiferença representado, portanto, o vínculo terapêutico (MORETTO; KUPERMAN; HOFFMANN, 2017).

Ainda, Bollas (1996; apud SANTOS; MELLO NETO, 2018) diz que, quando olhamos apenas para as deficiências do paciente e não para seus desejos, estamos dando suporte a um falso *self* em detrimento dos erros nas interpretações feitas pelo analista em razão da comunicação durante o processo terapêutico não ser apenas verbal corroborando com a ideia de que o objeto *Borderline* é não verbal.

Através de Green (1974), Candi (2010) revela que o psicanalista tem uma função de transformar e dar um sentido a dor, ou seja, como a psicanálise atravessa o mal estar do sujeito existe a chance de enxergar uma dor descuidada e falando das dificuldades promove o debate e a mudança. Resumindo, o anseio do psicanalista é que o paciente tenha o desejo de mudança.

São raras as possibilidades dos pacientes *Borderline* respeitarem o enquadre psicanalítico, visto que o suporte fora do consultório é fundamental. Devido ao vazio do *Borderline*, de sua fragilidade egóica e de sua necessidade de apoio geralmente precisam de um acompanhante terapêutico, assim, na medida em que o auxilia em suas dificuldades cotidianas também ajuda na discriminação de alguns sinais que não consegue distinguir (HEGENBERG, 2009).

A partir da ideia de que no tratamento dessas estruturas não neuróticas os elementos que definem uma análise são vinculados às condições de suporte do paciente frente ao seu processo analítico, existem situações em que o analista mesmo exercendo seu trabalho essa instauração defronta-se prejudicada (CRUZ; VIANA, 2012).

O elemento indicador da instauração da análise estaria mais próximo às condições de suportabilidade do paciente frente ao dispositivo analítico, e na atualidade o que define essa instauração do processo analítico não é mais as questões ligadas às condições de funcionamento mental, sua estrutura, história ou mesmo a sua nosografia. Ou seja, é necessário saber se o paciente suporta a ausência, pode prescindir da percepção, pode aceitar não ser respondido imediatamente e diretamente em suas questões, pode se expor à angústia sem buscar a resposta imediata, e até mesmo suportar as tensões pulsionais sem recorrer ao ato, se é capaz de receber as interpretações de maneira não literal sem

experimental, no final da sessão, não apenas os efeitos desestruturantes do abandono, mas também aquele da fragmentação do eu ou uma clivagem em menor grau (GREEN, 2001 apud CRUZ; VIANA, 2012).

Logo, é entendido que, por meio da ansiedade e do ódio em busca de satisfação do desejo, para o sujeito *Borderline* o caos é sua maior característica dinâmica. A partir da interpretação analítica, é possível identificar que sua emotividade coercitiva e sua aflição são a realização de um anseio por um estado mental, dessa maneira se torna o objeto do desejo. Isso resulta na percepção do *Borderline* uma redistribuição do prazer por caminhos diferentes, ele vai estar atento em buscar aquilo como sendo sua verdade mais profunda, ou seja, não precisa buscar o objeto porque sabe que vai de encontro com a verdade que reside na essência do *self*, e assim, seu desejo é reunir-se com a sua verdade e ser comovido por ela (BOLLAS, 2003).

METODOLOGIA

O artigo consiste em uma revisão integrativa de literatura. Conforme Souza, Silva e Carvalho (2010), a revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto, contribuindo, pois, para uma possível repercussão benéfica na qualidade dos cuidados prestados ao paciente. Além disso, é interdisciplinar, pois baseia-se na integração entre as partes constituintes de mais de uma disciplina acadêmica envolvendo psicanálise, psicopatologia e psiquiatria e é do tipo qualitativa, visto que é através de sua análise intersubjetiva que se interpreta os fenômenos e seus significados (FARIAS FILHO; ARRUDA FILHO, 2015).

A revisão integrativa é composta por um protocolo que divide o processo de investigação em seis fases, sendo a primeira etapa a questão norteadora, a segunda etapa o estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão e as fontes de busca de dados, a terceira etapa a identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, a quarta etapa a categorização dos estudos selecionados, a quinta etapa a análise e interpretação dos resultados e por fim, a sexta etapa que consiste na apresentação da síntese do conhecimento (FARIAS FILHO; ARRUDA FILHO, 2015).

Quanto ao seu objetivo, visa descrever as particularidades de um fenômeno, dado como Transtorno de personalidade *Borderline*, com o fim de estabelecer relações entre as variáveis do desejo e seus desdobramentos na perspectiva psicanalítica, sendo assim, o objetivo é descritivo (FARIAS FILHO; ARRUDA FILHO, 2015).

A partir da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizou-se como base de dados o Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (Medline) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), com os critérios de inclusão sendo: artigos na língua portuguesa, termos chave como personalidade, transtorno de personalidade *Borderline*, psicanálise e desejo; e tendo como critério temporal os últimos vinte anos. Ainda, utilizou-se a plataforma Scielo e livros de leitura corrente sendo estes: A Interpretação dos Sonhos (FREUD, 2019), O Seminário, livro 4: A Relação de Objeto (LACAN, 1995), O Seminário, livro 6: O Desejo e sua Interpretação (LACAN, 2002), O Seminário, livro 11: Os Quatro Conceitos Fundamentais da Psicanálise (LACAN, 1988), Clínica Psicanalítica: *Borderline* (HEGENBERG, 2009), DSM 5 (2014), Psicologias (BOCK, 2001), Teorias da Personalidade (SCHULTZ; SCHULTZ, 2002) e Vocabulário da Psicanálise (LAPLANCHE, 2001), Introdução à Metapsicologia Freudiana 2 (GARCIA-ROZA, 2004), Atendimento Psicanalítico de Pacientes-limite (FIGUEIREDO *et al.* 2016). Por fim, os critérios de exclusão foram: artigos em outra língua, artigos que não apresentam o conteúdo da temática, e com intervalos de mais de vinte anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro a seguir apresenta os artigos encontrados a partir dos critérios de inclusão sendo: artigos na língua portuguesa, termos chave como personalidade, transtorno de personalidade *Borderline*, psicanálise e desejo; e tendo como critério temporal os últimos vinte anos. E ainda, os critérios de exclusão foram: artigos em outro idioma, artigos que não apresentam o conteúdo da temática, e com intervalos de mais de vinte anos.

Quadro 1: Artigos encontrados de 2003 a 2021.

Título	Autores e ano de publicação	Objetivo	Principais resultados	Revista
--------	-----------------------------	----------	-----------------------	---------

A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial.	CAMPOS, R. N; CAMPOS, J. A. O; SANCHES, M. J. (2010)	Realizar uma revisão de literatura sobre a evolução dos conceitos de transtorno de humor e personalidade sob uma perspectiva histórica, focando em publicações relacionadas ao diagnóstico.	O conceito de transtorno de personalidade mostra considerável variação ao longo dos diferentes achados de literatura.	Revista de Psiquiatria Clínica
Características de personalidade e qualidade de vida de gestores no Rio Grande do Sul	D'AMICO, S. M; MONTEIRO, J. K. (2012)	Investigar possíveis associações entre características de personalidade e qualidade de vida dos profissionais analisados.	Os fatores de personalidade que mais fortemente se mostraram correlacionados à qualidade de vida foram o Neuroticismo e a Extroversão.	Revista de Administração Contemporânea
Os estados limite e o trabalho do negativo: uma contribuição de A.Green para a clínica contemporânea	GARCIA, C. A. (2007)	Apresentar a contribuição greeniana sobre os estados-limite ao longo de duas décadas.	O trabalho do negativo está à mercê de seus efeitos patológicos dramaticamente encenados nas manifestações de depressão primária e nas graves consequências da cisão.	Revista mal estar e subjetividade
Clínica dos primórdios e processos de simbolização primários	ZORNIG, S. M. A. (2015)	Ampliar a noção de representação para nela incluir as experiências sensoriais e não verbais do bebê.	A presença do objeto é imprescindível para possibilitar a representação de sua ausência.	Psicologia Clínica
O desejo <i>Borderline</i>	BOLLAS, C. (2003)	Procurou compreender a adição particular do objeto do sujeito <i>Borderline</i> .	O desejo do <i>Borderline</i> busca aquilo que o paciente experimenta como sendo sua verdade mais profunda.	Revista Percurso
Sobre os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em psicanálise	MORETTO, M. L. T; KUPERMANN D; HOFFMANN C. (2007)	Indicar a relevância da discussão acerca do "limite" na psicanálise	A indiferença do Outro promove a negatividade reativa faz com que, na clínica, a presença sensível do psicanalista seja convocada para a promoção	Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental

			da experiência do cuidado.	
Pacientes, problemas e fronteiras: psicanálise e quadros <i>Borderline</i>	SANTOS, G. G. S; MELLO NETO, G. A. R. (2018)	Oferecer informações de maneira sistematizada para que os leitores possam se aprofundar no tema, ou mesmo para que possam confrontar suas posições com as de diversos autores.	Contribuição acerca da psicodinâmica a qual se refere à identificação na literatura da ideia de um objeto <i>Borderline</i> .	Psicologia USP
Limites – a questão do manejo clínico hoje	CRUZ, W. F. O; VIANA, T. C. (2012)	Refletir sobre a necessidade de transformação na técnica psicanalítica, considerando o intrapsíquico e o intersubjetivo.	Reflexão acerca do dispositivo clínico constituído na situação analisante.	Psicologia Clínica
O amor nas fronteiras do eu	ANTONELLI, I. (2016)	Problematizar a questão do desejo do paciente <i>Borderline</i> por situações turbulentas, tese defendida por Bollas.	O trabalho com a clínica <i>Borderline</i> pode ser muito árduo e frustrante para o analista, mas contém elementos para seu próprio desenvolvimento intelectual, técnico e humano.	Ide (São Paulo)
Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros <i>Borderline</i> ?	JUNQUEIRA, C; COELHO JUNIOR, N. E. (2006)	Percurso histórico através de Freud para a construção de uma nova hipótese etiológica, baseada nas neuroses narcísicas.	Os quadros <i>Borderline</i> , não são propriamente novos. São necessários recursos metapsicológicos para pensá-los.	Psicologia Clínica
<i>Borderline</i> : nas bordas de que?	RIBEIRO, E. M. (2010)	É defendido que as transformações passam os laços sociais na contemporaneidade são determinantes das formas atuais de produção e manifestação do sofrimento subjetivo.	Temos conduzi-lo em um processo através do qual ele consiga produzir uma inserção social com referências simbólicas capazes de organizar seu campo de gozo.	Rev. Assoc. Psicanal. Porto Alegre

Fonte: Elaboração própria

A partir do quadro 1, foi possível perceber que os autores D'amico e Monteiro (2012), após a investigação das possíveis associações entre características de personalidade e qualidade de vida dos profissionais analisados, afirmaram que a personalidade é um processo dinâmico que influencia no funcionamento psíquico do sujeito, por meio das suas experiências objetivas e subjetivas que foram classificadas como relevantes, assim, constrói-se sua singularidade e suas características sociais. Através de uma revisão de literatura sobre a evolução dos conceitos de transtorno de humor e personalidade sob uma perspectiva histórica, focando em publicações relacionadas ao diagnóstico, Campos, Campos Oliveira e Sanches (2010) ressaltam que além dos estudos sobre a personalidade, foi percebido uma desordem mental que deu início aos termos e descrições dos transtornos de personalidade.

Atravessando o percurso histórico freudiano, em relação ao transtorno de personalidade *Borderline*, Junqueira e Coelho Júnior (2006) trazem que o quadro *Borderline* se constrói através de uma falha no processo de representação dos objetos pulsionais. Ainda, Ribeiro (2010) revela esse transtorno como uma estrutura específica, entre a neurose e a psicose, em que ocorreriam respostas flutuantes aos conflitos psíquicos; também como uma indefinição estrutural, tendo a permanência em um estado infantil, anterior à posição relativamente estável frente à castração; e como uma descrição de comportamentos específicos.

Em relação ao processo terapêutico os autores Bollas (2003), Cruz e Viana (2019) e Moretto, Kuperman e Hoffmann (2007) acreditam que, no processo terapêutico do paciente *Borderline*, é necessário um trabalho interpretativo do analista frente ao desejo desse paciente. A reflexão da necessidade de transformação na técnica psicanalítica, considerando o intrapsíquico e o intersubjetivo, trouxe que os elementos que definem uma análise são vinculados às condições de suporte do paciente frente ao seu processo analítico, existem situações em que o analista mesmo exercendo seu trabalho, essa instauração defronta-se prejudicada.

Assim, esse desejo só será expressado na medida em que sua turbulência seja compreendida com acolhimento e um comportamento transferencial adequado que produza tanto uma diferença quanto atenda ao pedido do inconsciente do paciente. A indiferença do Outro promove a negatividade reativa faz com que, na

clínica, a presença sensível do psicanalista seja convocada para a promoção da experiência do cuidado, além de que o desejo do *Borderline* busca aquilo que o paciente experimenta como sendo sua verdade mais profunda. Vale ressaltar, Bollas (1996 apud SANTOS; MELLO NETO, 2018) alerta que, quando olhamos apenas para as deficiências do paciente e não para seus desejos, estamos dando suporte a um falso *self* em detrimento dos erros nas interpretações feitas pelo analista em razão da comunicação durante o processo terapêutico não ser apenas verbal corroborando com a ideia de que o objeto *Borderline* é não verbal.

Antonelli (2016) reflete que para o paciente *Borderline* existe a incapacidade de distinguir entre interior e exterior, e ela é traduzida em um não saber o que é o seu sentimento e o que está acontecendo na sua própria realidade. A afirmação anterior vai de encontro com Bollas (2003), quando disse que o fato de o objeto *Borderline* localizar-se com frequência na fronteira entre o externo e o interno dá testemunho do seu lugar inconsciente: um fora que é ao mesmo tempo um dentro.

Essa fragmentação egóica na personalidade *Borderline* irá buscar inconscientemente a turbulência emocional, mesmo que seja doloroso e perturbador, esse estado de tumulto é desejado por ele e encontrar-se num estado de angústia produz gratificação, ou seja, qualquer experiência emocional que faça o sujeito sentir diretamente a presença do objeto motiva-o na sua busca. A partir de Zornig (2015), sabe-se que a presença do objeto é imprescindível para possibilitar a representação de sua ausência, assim, se há excesso de ausência, o desespero e desamparo são tão grandes que provocam a destruição das ligações, a intolerância à frustração e uma necessidade de negar tudo, inclusive a si mesmo. O objeto é uma estrutura que permite a elaboração do afeto, do pensamento e do discurso.

Com a interpretação analítica, é possível identificar que sua emotividade coercitiva e sua aflição são a realização de um anseio por um estado mental, dessa maneira se torna o objeto do desejo. Isso resulta na percepção do *Borderline* uma redistribuição do prazer por caminhos diferentes, ele vai estar atento em buscar aquilo como sendo sua verdade mais profunda, ou seja, não precisa buscar o objeto porque sabe que vai de encontro com a verdade que reside na essência do *self*, e assim, seu desejo é reunir-se com a sua verdade e ser comovido por ela (BOLLAS, 2003).

Para Garcia (2007), o trabalho do negativo está à mercê de seus efeitos patológicos dramaticamente encenados nas manifestações de depressão primária e nas graves consequências da cisão, visto que a manutenção dos limites desses pacientes deve ser levada em consideração através do movimento desejanste que ocupa lugar secundário em relação à necessidade de se defender do objeto intrusivo.

Por fim, para compreender o desejo do *borderline*, Bollas (2003), ressalta que o *self* do sujeito *Borderline* é alimentado pelo investimento disfarçado de uma evocação estimulada nas sensações que ajudam a encontrar a sua verdade, mas mesmo o ego sendo fragmentado, o *self* estará coeso e isso gera uma turbulência mental que o enfraquece, mas também o traz para a realidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse artigo atingiu seu objetivo que foi de relacionar a sintomatologia do transtorno de personalidade *Borderline* ao desejo na visão psicanalítica, traçando reflexões sobre a importância do vínculo terapêutico com esses sujeitos, trouxe os principais teóricos da literatura psicanalítica e explicou a influência desse transtorno nos indivíduos.

Tendo em vista que, para o indivíduo *Borderline* construir os seus limites, dependerá da qualidade da sua experiência de satisfação em busca da realização do desejo, mesmo que esse transtorno de personalidade traga consigo uma falha no processo de representação dos objetos pulsionais. Como, para Freud (2019), o desejo é um grande harmonizador da subjetividade, dado que consegue organizar a atuação do desejanste para realizar sua satisfação, esse indivíduo está sempre em busca de um objeto para alimentar seu ego frágil, devido a sua dependência com ele e tendo seu direcionamento do objeto como um fator para a satisfação do desejo. Nesse caso, seu desejo é expresso de modo intenso e demanda tempo para ele ser capaz de desassociar sua percepção e posse em relação ao outro, separando-o como ser único e que também tenha seus próprios desejos e necessidades. Assim, foi possível responder a problemática a partir do viés psicanalítico, apontando a relação do desejo e como este resulta nesses indivíduos.

Portanto, a Psicologia com sua característica multidisciplinar, enxerga o ser humano em todas as suas particularidades e carrega o quantum necessário para

interpretar teoricamente as diferentes demandas e manifestações que possam ameaçar a vivência do sujeito. Espera-se, a construção de novas pesquisas sobre o desejo associado a outros transtornos de personalidade, a fim de que criem-se mecanismos efetivos para auxiliar os profissionais e também melhorar a compreensão da personalidade dentro da qualidade de vida dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- APA, American Psychiatric Association -. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ANTONELLI, Elisabeth. **O amor nas fronteiras do eu**. Ide, v. 39, n. 62, p. 109–118, 2016.
- BERGERET, Jean. **A personalidade normal e patológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- BOCK, Ana Mercês Bahia; FURTADO, Odair; TEIXEIRA, Maria de Lourdes Trassi. **Psicologias: uma introdução ao estudo da psicologia**. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.
- BOLLAS, Christopher. O desejo *Borderline*. **Revista Percursos**, São Paulo, v. 30, p. 5-12, jan. 2003.
- CAMPOS, Rodolfo Nunes; CAMPOS, João Alberto de Oliveira; SANCHES, Marsal. A evolução histórica dos conceitos de transtorno de humor e transtorno de personalidade: problemas no diagnóstico diferencial. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 37, n. 4, p. 162–166, 2010.
- CANDI, Talya Saadia. **O duplo limite: o aparelho psíquico de André Green**. São Paulo: Escuta, 2010. Disponível em: <http://www.fepal.org/wp-content/uploads/2020/11/Talya-Candi.pdf>. Acesso em: 14 set. 2021.
- CRUZ, Walter Firmo de Oliveira; VIANA, Terezinha de Camargo. Limites – a questão do manejo clínico hoje. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 24, p. 27-41, 2012.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.
- D'AMICO, Simoni Missel; MONTEIRO, Janine Kieling. Características de personalidade e qualidade de vida de gestores no Rio Grande do Sul. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 16, n. 3, p. 381–396, 2012.
- FARIAS FILHO, Milton Cordeiro; ARRUDA FILHO, Emílio J. M.. **Planejamento da pesquisa científica**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2015.
- FIGUEIREDO, Luís Claudio *et al.* **Atendimento Psicanalítico de Pacientes-Limite**. São Paulo: Zagodoni Editora, 2016.
- FREUD, Sigmund. **A interpretação dos sonhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2019. 4 v.
- GARCIA, Claudia Amorim. Os estados limite e o trabalho do negativo: uma contribuição de A.Green para a clínica contemporânea. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 7, n. 1, p. 123-135, mar. 2007.
- GARCIA-ROZA, L. A. **Introdução à metapsicologia freudiana 2**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- HEGENBERG, M. **Clínica Psicanalítica: Borderline**. 6.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2009.
- HUTZ, C, S. et al. O desenvolvimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 11, n. 2, p. 395-411, ago. 1998.

JUNQUEIRA, Camila; COELHO JUNIOR, Nelson Ernesto. Freud e as neuroses atuais: as primeiras observações psicanalíticas dos quadros *Borderline*? **Psicologia Clínica**, v. 18, n. 2, p. 25–35, 2006.

KUSS, Ana Suy Sesarino. **AMOR E DESEJO: UM ESTUDO PSICANALÍTICO**. 2014. 96 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

LACAN, Jacques. **O Seminário, livro 4: a relação de objeto**. Rio de Janeiro: Zahar, 1995. 4 v.

_____. **O Seminário, livro 6: o desejo e sua interpretação**. Porto Alegre: Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2002. 6 v.

_____. **O Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. 11 v.

LAPLANCHE, Jean; PONTALIS, Jean-Bertrand Lefebvre. **Vocabulário da Psicanálise**. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MORETTO, Maria Lívia Tourinho; KUPERMANN, Daniel; HOFFMANN, Christian. Sobre os casos-limite e os limites das práticas de cuidado em psicanálise. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 20, n. 1, p. 97–112, jan. 2017.

RIBEIRO, Eduardo Mendes. **BORDERLINE: NAS BORDAS DE QUÊ?** **Rev. Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, Porto Alegre, n. 38, p. 115-125, maio 2010.

SANTOS, Guilherme Geha dos; MELLO NETO, Gustavo Adolfo Ramos. Pacientes, problemas e fronteiras: psicanálise e quadros *Borderline*. **Psicologia USP**, Paraná, v. 29, n. 2, p. 285-293, ago. 2018.

SCHULTZ, Duane P.; SCHULTZ, Ellen S. **Teorias da Personalidade**. Ed. Pioneira Thomson. São Paulo, 2002.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? How to do it? **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.

ZORNIG, Sílvia Maria Abu-Jamra. Clínica dos primórdios e processos de simbolização primários. **Psicol. clín.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 121-136, 2015.

O CUIDADO EM SAÚDE NA PERSPECTIVA DE MULHERES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA

Ana Luísa Pôrto Nogueira¹
Leandro Roque da Silva²

RESUMO

As dimensões física e psíquica integram-se no processo subjetivo-relacional do cuidado. Nesse aspecto, buscou-se conhecer como as mulheres com câncer de mama constroem o cuidado em saúde durante seu tratamento, investigando o acesso aos serviços de saúde, descrevendo o cuidado desenvolvido por profissionais de saúde, sob a perspectiva dessas mulheres, e verificando seu papel na construção do cuidado de si. Trata-se de um estudo empírico, de campo, exploratório-descritivo, transversal e de abordagem qualitativa. Quanto aos procedimentos técnicos, consiste num estudo de caso, utilizando-se a história oral de vida, a partir das narrativas de duas mulheres em tratamento do câncer de mama no estado da Paraíba. A pesquisa ocorreu em ambiente virtual (*Google Meet*) e foi realizada a análise de conteúdo do material coletado (MINAYO, 2002). As narrativas apresentaram a construção de um cuidado relacional, ainda quando voltado ao cuidado de si. Problemas no acesso ao tratamento revelaram-se como entrave ao cuidado, não apenas na dimensão física, como também pela forma como as práticas dos profissionais de saúde se concretizam no cotidiano dos serviços de saúde. Conhecer a perspectiva dos sujeitos no cuidado poderá contribuir para reconstrução dessas práticas e de políticas de saúde mais efetivas.

Palavras-chaves: Câncer de mama; Cuidado em saúde; Cuidado de si; Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

The physical and psychic dimensions are part of the subjective-relational process of care. We endeavoured to comprehend how women with breast cancer model health care during their treatment, investigating access to health services, describing the attention provided by the health workforce, from the perspective of these women, and verifying their role in the construction of care of themselves. This is an empirical, field, exploratory-descriptive, cross-sectional research with a qualitative approach. As for the technical procedures, it consists of a case study, using the oral history of life, based on the narratives of two women undergoing treatment for breast cancer. The study took place in a virtual environment and the collected material was then examined (MINAYO, 2002). The narratives presented the construction process of relational care, even when focused on self-care. Problems in accessing treatment proved to be an obstacle to care, not only in the physical dimension but also because of how health specialists' practices are implemented in the daily life of health services. Knowing the prospect of the subjects developing their own care framework can contribute to the reconstruction of these practices and boost more effective health policies.

¹Graduanda do Curso de Psicologia do UNIESP. E-mail: analuisaporto@gmail.com.

²Prof. Orientador do curso de Psicologia. E-mail: leo_roque1@yahoo.com.br.

Keywords: Breast cancer; Health care; Self-care; Access to health services.

INTRODUÇÃO

A construção do cuidado em saúde para e por mulheres em tratamento do câncer de mama consiste no objeto de estudo deste artigo. Nos serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados, o objeto de trabalho é a produção do cuidado, por meio do qual se pode obter a cura ou a promoção e proteção da saúde, conforme Merhy (2004). O autor ressalta o caráter acentuadamente medicocêntrico dessas práticas e faz uma crítica ao fato de que, frequentemente, a finalidade da cura ou da promoção da saúde se sobreponha aos meios para obtê-la, ou seja, afetando a qualidade do cuidado em si.

Interessa considerar a concepção do cuidado em saúde levando-se em conta seu caráter processual, dinâmico, sempre em fluxo de construção e transformação, que implica uma visão do indivíduo e da doença, mas também da família e do contexto social, com o propósito de gerar saúde e mais autonomia (MELO, 2016). Como aponta esse autor, o cuidado se define pelas práticas que integram as dimensões física e mental, valorizando os significados particulares que definem o bem-estar biopsicossocial. Significa dizer que o cuidado é construído por práticas que se aproximem das necessidades subjetivas e se concretiza na experiência, pelas singularidades das interações, que produzem saúde e vida por meio do cuidado de si e do outro (MELO, 2016).

Tomando como base essa visão de cuidado que compreende um sujeito integral, sem a dicotomia entre as esferas biológica e psíquica, cabe esclarecer a opção, neste estudo, por utilizar o termo mais abrangente cuidado em saúde e não cuidado em saúde mental. Como, todavia, o objeto de interesse desta pesquisa é o cuidado em saúde pela perspectiva das mulheres que passaram pelo tratamento de câncer de mama, pretende-se evidenciar o campo subjetivo e emocional inerentes ao cuidado em saúde.

Sobre a qualidade do cuidado em saúde desenvolvido no contexto do tratamento do câncer de mama, mulheres já extremamente fragilizadas em diversos aspectos de sua integridade física e psicológica podem ser submetidas a práticas de cuidado que desconsideram suas subjetividades e necessidades de fato. Importante evidenciar, no entanto, o imperativo de subverter a lógica do sofrimento como um

processo de passividade, de submissão ou de vitimização, pois a própria noção de sofrer implica ser afetado por acontecimentos que provocam perturbações/desorganizações e, portanto, movimento no sentido de mudança e atividade, como afirmam Machado e Lavrador (2009). As autoras argumentam que sofrer convoca e provoca a invenção de um cuidado de si, sob a ótica de Foucault (2005).

Desse modo, é imprescindível a discussão em torno das formas de cuidado no contexto dos acontecimentos e sofrimentos que perpassam a trajetória de mulheres com câncer de mama, desde o diagnóstico médico até a realização do todo o tratamento, que pode envolver diversas intervenções e procedimentos (cirurgias, mastectomia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, entre outros), segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2021).

De acordo com o INCA (2021), o câncer de mama caracteriza-se por um processo patológico provocado pela multiplicação desordenada de células da mama, mas que é também influenciado pela soma de variados fatores de risco: comportamentais (como sedentarismo, sobrepeso e consumo de bebidas alcoólicas), reprodutores e hormonais (por exemplo, primeira gravidez após os 30 anos de idade, não ter tido filho e ter feito reposição hormonal depois da menopausa, principalmente por mais de cinco anos), além de genéticos (como histórico familiar de câncer de mama e de ovário e alteração genética nos genes BRCA1 e BRCA2).

A detecção precoce ou em fases iniciais do câncer de mama, em grande parte dos casos, eleva as chances de tratamentos menos agressivos e com taxas de sucesso satisfatórias (INCA, 2021). Embora o Ministério da Saúde preconize o exame de mamografia de rastreamento (sem necessariamente haver sinais ou sintomas suspeitos) a cada dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos (BRASIL, 2015), a maioria dos cânceres de mama é descoberta pelas próprias mulheres, que percebem sinais, como alterações cutâneas e frequentemente a presença de nódulo fixo e geralmente indolor, na mama.

O câncer de mama é um problema de saúde pública de grande magnitude, representando o tipo de câncer de maior incidência em mulheres no mundo e a causa mais frequente de mortes por câncer nesse grupo populacional, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021). No Brasil, os tumores de mama

também ocupam o topo da lista dos tipos de câncer que acometem mulheres em todas as regiões do país, com a estimativa, para 2020, de 66.280 novos casos, com taxa de incidência de 43,74 casos por 100.000 mulheres (BRASIL, 2019).

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2021), o câncer é uma doença que ocasiona significativo impacto econômico, com tendência a aumentar os custos anuais para os países ao longo dos anos. No âmbito de um país considerado em desenvolvimento, importa destacar que cerca de 70% das mortes por câncer no mundo acontecem em países de baixa e média renda.

Considerando-se o contexto apresentado, a questão que motivou a pesquisa foi de que forma as mulheres com diagnóstico de câncer de mama constroem o cuidado em saúde durante seu tratamento?

Diante disso, é evidente a importância da compreensão do tema para desenvolver ações cada vez mais efetivas nos serviços de saúde para o cuidado a essa população. Torna-se também indispensável considerar as necessidades subjetivas em saúde de mulheres com câncer de mama, pois isso está diretamente ligado ao seu bem-estar e, conseqüentemente, ao sucesso do tratamento. Sobretudo, conhecer mais sobre o ponto de vista dessas mulheres em relação à construção do cuidado de si pode ter um impacto extremamente positivo sobre as práticas dos profissionais de saúde.

Como fonte de grande potência de produção de conhecimentos, optou-se pelo método da história oral de vida, tomando como referência as narrativas de mulheres que receberam o diagnóstico do câncer de mama. Realizou-se um estudo de caso, com abordagem qualitativa, objetivando conhecer como as mulheres com diagnóstico de câncer de mama constroem o cuidado em saúde durante seu tratamento.

Para isso, foi investigado o acesso destas aos serviços de saúde, sob as próprias perspectivas, descrevendo o cuidado desenvolvido por profissionais de saúde neste âmbito e verificando o papel de mulheres na construção do cuidado de si durante seu tratamento do câncer de mama.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Os “Cuidados” No Campo Da Saúde

Boff (1999) afirma que o desenvolvimento de uma sociedade da informação e comunicação tem ameaçado a essência humana, que se encontra no intelecto, na liberdade e nas ações criativas, mas, acima de tudo, no cuidado. O escritor entende que curar e resgatar a essência humana implicam necessariamente o cuidado, que ultrapassa um ato, por abranger uma atitude, de estar ocupado e preocupado com o outro, de responsabilização, interesse e afeto em relação a este.

A visão de cuidado em saúde apresentada Melo (2016), como uma prática integradora de corpo e mente e que considera as necessidades subjetivas do outro, vai ao encontro da concepção da clínica ampliada³, que se trata de uma tecnologia utilizada por trabalhadores de saúde para promover o cuidado. Segundo o autor, essa abordagem envolve o trabalho multiprofissional e a formação de vínculos, humanizando as relações e a assistência, de modo a promover a autonomia e corresponsabilização entre equipe de saúde e usuário dos serviços.

Destacar a autonomia dos sujeitos em seus processos de saúde e doença traz à tona a discussão sobre as relações de poder. Estas podem aproximar-se de relações hierárquicas mais ou menos marcadas pela dominação (neste caso, pelas autoridades técnico-científicas exercidas pelos profissionais de saúde em relação aos pacientes), ou direcionar-se à garantia do protagonismo dos indivíduos, considerando-se suas opiniões, costumes e escolhas (MELO, 2016).

Nesse sentido, Franco e Merhy (2011) afirmam haver uma produção subjetiva do cuidado em saúde, sugerindo inclusive que, nos processos de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, seja considerada a dimensão da subjetividade na produção de saúde. Essa subjetividade inclui tanto a do usuário como a do trabalhador, no encontro entre ambos, que os afeta mutuamente, em diferentes medidas, à proporção que se crie vínculo, acolhimento, autonomia e satisfação, ou, numa direção contrária, heteronomia e insatisfação.

Convergindo para uma compreensão ainda mais ampla da concepção de cuidado, Cruz (2009) propõe conceitos de cuidado à saúde, considerado polissêmico e complexo. Encontrou três categorias para defini-lo: conjunto de intervenções e procedimentos técnicos especializados com finalidade de solucionar problemas de

3A clínica ampliada é uma abordagem de cuidado que busca compreender o processo saúde-doença por suas múltiplas facetas (biomédica, social e psicológica) e singularidades, integradas na construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas, de forma multiprofissional e intersetorial, com participação do sujeito na criação de possibilidades a partir de suas potencialidades, apesar da doença (BRASIL, 2009).

saúde de indivíduos e coletividades, numa dimensão técnico-científica; “atitude e espaço de reconstrução de intersubjetividades, no exercício aberto de uma sabedoria prática para a saúde, apoiada na tecnologia, mas sem resumir-se a ela [...]” (CRUZ, 2009, p.85), numa perspectiva subjetivo-relacional; e práticas emancipatórias que buscam ampliar a autonomia dos sujeitos para protagonizar seus processos de saúde e transformações sociais para redução das desigualdades, na dimensão sociopolítica.

Essa autora aponta duas classes de agentes envolvidos no cuidado: os agentes da oferta de cuidados, com atuação predominantemente isolada e não colaborativa dos profissionais de saúde, numa concepção de saúde como ausência de doença e com uma atenção superespecializada e instrumentalizada, com foco em reduzir sintomas e prolongar a vida; e os agentes que demandam esses cuidados, ou seja, indivíduos e coletivos (família e comunidade) doentes.

O âmbito individual do cuidado evoca a categoria do cuidado de si, de Foucault (2005), que analisou como os antigos gregos e romanos recorriam a estratégias de recolhimento, em momentos específicos do dia, para o ato de voltar-se a si, em reflexões sobre os princípios e limites para um comportamento ético. Essa prática é relacional e não solitária, fortalecendo relações sociais e envolvendo trocas com o outro. Na doença, com um corpo fragilizado, a prática do cuidado de si demanda o conhecimento de si e obriga a renúncias que terminam por evidenciar o que não é supérfluo na vida, orientando a pessoa, por um tempo, às necessidades elementares. “As provações a que se é submetido [...] são uma forma de medir e de confirmar a independência de que se é capaz a respeito de tudo aquilo que não é indispensável e essencial.” (FOUCAULT, 2005, p. 64).

Nesse sentido, o indivíduo examina sua trajetória, mas não para se julgar ou culpabilizar, e sim a fim de reconhecer suas realizações e promover mudanças em direção a condutas sábias. O pensamento sobre si mesmo também deve ser feito numa “[...] atitude constante em relação a si próprio” (FOUCAULT, 2005, p. 67), numa relação consigo que possibilita o gozo de si, de forma autônoma e consciente, e o afastamento de preocupações exteriores e com o futuro. O autor afirma que essa experiência é significativa, pois representa o acesso a si próprio, pelo autoconhecimento, aceitando-se e contentando-se com o que se é, e sobretudo

tendo prazer consigo mesmo. Assim, trata-se de um estado quase imperturbável de satisfação verdadeira, por não depender de fatores externos.

Uma distinção importante deve ser estabelecida entre o cuidado de si e o autocuidado, pois este pauta-se pelo paradigma da totalidade, segundo o qual a saúde é sinônimo da ausência de doença. Nessa ótica cartesiana, o indivíduo é ensinado a ter saúde, como meta a ser atingida invariavelmente a todas as pessoas, orientadas por um saber hegemônico dos profissionais de saúde, sobretudo o médico. Enquanto o autocuidado envolve essa noção prescritiva de cuidado e saúde, o cuidado de si pressupõe o paradigma da simultaneidade, sendo o ser humano visto como agente do seu desejo de cuidar de si, em constante transformação e interação com o meio, muito além de se adaptar a este (SILVA *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva de um cuidado relacional, a fim de possibilitar o cuidado de si, é útil citar Dunker e Thebas (2019, p. 131), que afirmam:

O cuidado é feito com uma espécie de silêncio de fundo. Ele envolve a consideração de que existe um espaço vazio deixado para que aquele que é cuidado o ocupe e faça bom uso dele, se for o caso. [...] Alguns podem descrever isso como uma atitude de espera em reserva, ou seja, de disponibilidade para que o outro finalmente cuide de si e liberte-se de nós, prescindindo inclusive de nossos cuidados. [...] Aquele que quer cuidar do outro 'apesar do outro', porque imagina que sabe o que é melhor para o outro, porque tem valores e convicções que acha que tornarão o outro melhor, está cuidando do outro sem ajudá-lo a cuidar de si, gerando dependência.

A visão desses autores deixa clara a importância da atuação dos considerados agentes de cuidados de modo a facilitar que se gere no outro o desejo do cuidado de si, associado ao desenvolvimento de sua independência e protagonismo em seus processos de saúde. Tal perspectiva está em conformidade com a visão de Machado e Lavrador (2009), para quem a experiência do sofrimento não é privilégio de quem recebe cuidados, mas também dos profissionais de saúde e outras categorias de cuidadores. Dessa forma, a construção do cuidado em saúde convida ao cuidado de si, tanto por parte de usuários quanto de trabalhadores da saúde, que afetam e são afetados em cada encontro, distanciando-se dos rótulos de culpados pela doença e de devedores compulsórios de produção da saúde.

Vale esclarecer que, nesse cuidado desenvolvido de forma relacional e não binária, não há oposição entre objeto e sujeito do sofrimento, pois o que é

aparentemente externo afeta o indivíduo, que internaliza e se apropria dessa experiência, passando a ocupar o lugar de autoridade da própria vida (MACHADO; LAVRADOR, 2009). A partir daí, a posição de ser passivo ou vítima é ocupada pela de autor e agente de um movimento, no sentido de mudanças, ressignificações e busca pela sua saúde.

As autoras lembram, além disso, que o cuidado de si consiste num ato ético, por ser social e envolver reflexões e problematizações acerca de si e do mundo, concretizando-se em práticas que não sejam prescritivas, rígidas ou absolutas, e sim inéditas, diante de cada situação, bem como fluidas e afetivas. Sobre o caráter ético do cuidado de si, Andrade, Givigi e Abrahão (2018) afirmam que se trata de um modo criativo pelo qual o indivíduo, em relação consigo, trabalha a si mesmo, investiga-se, testa-se, descobre-se, conhece-se, recria-se e reconhece-se, evoluindo sua constituição moral para além de códigos preestabelecidos.

Convém esclarecer também que o cuidado de si se distingue da visão de exagero de autoamor ou egoísmo; pelo contrário, não se opõe ao cuidado com o outro, pois é condição para este e regula as relações com os outros, conforme Andrade, Givigi e Abrahão (2018, p. 75) salientam:

Conhecer seus próprios afetos, seus apetites, os efeitos de poder dos lugares que ocupa, as verdades de que é portador, os valores que fazem com que nos reconheçamos como indivíduos, as prescrições que embasam nossa conduta, os modelos de humano que reproduzimos e as concepções de vida e saúde em jogo nessa reprodução são atividades indispensáveis ao cuidado de si.

Diante do exposto, podem-se revelar então, minimamente, duas formas de conceber o cuidado, produzindo submissão do indivíduo a normas e verdades predeterminadas ou, por outro lado, autonomia para criar os caminhos do cuidado de si, da saúde e da própria vida.

O Acesso Ao Cuidado E Sua Construção No Contexto De Mulheres Em Tratamento De Câncer De Mama No Brasil

O tratamento de neoplasias de mama envolve diferentes modalidades de intervenções, que podem incluir cirurgia, mastectomia, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, entre outras (INCA, 2021), com efeitos colaterais negativos que até mesmo levantam incertezas sobre seus benefícios, ao se considerarem os aspectos qualitativos na perspectiva da paciente (MEDEIROS *et al.*, 2019). A quimioterapia,

ao mesmo tempo em que é utilizada para a cura, o combate a sintomas da doença e o aumento da sobrevivência das mulheres, é temida por elas, devido às mudanças na aparência física, queda dos cabelos, indisposição gastrointestinal e alterações hematológicas e dos sistemas reprodutivo, nervoso e imunológico (MACHADO; SOARES; OLIVEIRA, 2017).

Garcia *et al.* (2017) evidenciaram as profundas repercussões na vida de mulheres com diagnóstico de câncer de mama, tendo em vista a gravidade, a imprevisibilidade da evolução e o estigma social da doença. Tais impactos referem-se às perdas funcionais inerentes ao tratamento, que exige adaptações emocionais, sociais, profissionais, familiares e nos hábitos, com prejuízos significativos à qualidade de vida.

Conforme essas autoras, as características emocionais encontradas nessas mulheres são de preocupação, medo e fragilização, o que remete à necessidade de que profissionais de saúde estejam atentos, além dos efeitos físicos, aos aspectos psicossociais na vida das pacientes. Esses profissionais dedicam-se primordialmente às orientações quanto aos efeitos colaterais físicos do tratamento, por exemplo, dos medicamentos quimioterápicos e suas propriedades, podendo assim negligenciar as características da mulher que recebe a medicação e como cada uma sente os efeitos orgânicos, bem como emocionais e sociais decorrentes do processo.

Nesse sentido, o profissional da Psicologia pode exercer um papel valioso, atento aos aspectos supracitados e devendo integrar a equipe multidisciplinar no tratamento a pacientes oncológicos (VENÂNCIO, 2004). A autora ressalta que a atuação de psicólogos envolve a ajuda no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das situações de estresse, tendo em vista o acolhimento e a escuta, com transparência em relação à realidade.

Cabe aos profissionais da equipe de saúde, não apenas aos da saúde mental, aguçar a capacidade de perceber aspectos emocionais e subjetivos das mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Essa habilidade tem a ver com a observação de atitudes e do que é comunicado, ainda que não verbalizado, pelas pacientes. Em determinados casos, pode haver a necessidade de encaminhamentos a outros profissionais, tendo em vista as dimensões afetadas no cotidiano, resultantes,

sobretudo, das mudanças na autoimagem e identidade ligada ao simbolismo feminino (GARCIA *et al.*, 2017).

É oportuno ressaltar que, na cultura atual, sobre as mulheres incide enorme pressão pela supervalorização de determinados padrões de beleza, que provocam impactos nefastos na mulher em tratamento de câncer de mama, como afirmam Machado, Soares e Oliveira (2017, p. 445):

Na contemporaneidade, os arquétipos de beleza enquanto corolários da saúde e juventude recaem notadamente nas mulheres simbolizadas em corpos sexuados, ou medicalizados, confrontando o cansaço e o envelhecimento e impelindo a mulher com câncer de mama e em tratamento quimioterápico a se incomodar com a imagem corporal impingindo-a a necessidade de conquista de um corpo belo, jovem e magro.

Com os efeitos da terapêutica utilizada para o câncer de mama, mulheres relatam baixa na autoestima, vergonha de seu corpo, medo de sua exposição na sociedade e que se sentem incomodadas e deprimidas com sua autoimagem (PAIVA *et al.*, 2020). Segundo essas pesquisadoras, ao mesmo tempo em que as alterações corporais são visíveis nas mulheres, sua singularidade torna-se oculta aos outros, assim como o sentido que atribuem a essa experiência e os recursos e sentimentos mobilizados diariamente no enfrentamento das dificuldades. Assim, é comum haver um fenômeno de impessoalidade e superficialidade nas relações dessas mulheres com o cotidiano coletivo.

Mudanças no corpo, bem como nas esferas da identidade e existencial estão associadas ao incômodo e abatimento dessas mulheres. Em relação a isso, a alopecia causada pela quimioterapia provoca frequentemente constrangimento diante da exposição aos outros, pelo preconceito, estranhamento e expressão de pena que manifestam. “Houve a necessidade de reagir de forma a não adoecer pelo estigma social da doença, pela ideia de morte iminente e dos rótulos que foram criados acerca do câncer e da quimioterapia, que ficam evidentes com a alopecia.” (MEDEIROS *et al.*, 2019, p. 115).

Os autores verificaram a relação entre a fadiga provocada pelo tratamento e sentimento de desvalorização pessoal, pela dificuldade de realizar as atividades ocupacionais e domésticas. Além disso, a vivência das limitações físicas suscitou a busca pelo sentido da vida e do ser, possibilitando o desenvolvimento da experiência do sagrado e da transcendência, por meio da espiritualidade. “A vivência de uma

limitação física proporciona a busca pelo transcendental e a experiência do transcendental favorece a doação de sentido à vida”. (MEDEIROS *et al.*, 2019, p. 116).

Verificam-se efeitos positivos dos aspectos religiosos e espirituais, desenvolvidos a partir do recebimento do diagnóstico de uma doença grave, sobre as estratégias de adaptação e recuperação produzidas pelas mulheres durante o tratamento do câncer de mama (MACHADO; SOARES; OLIVEIRA, 2017). Essas pacientes associaram tais recursos com a redução do sofrimento e a promoção de mais conforto, esperança de cura e autoconfiança.

Ainda a respeito dos sintomas de fadiga física e emocional desencadeados pelo tratamento em questão, Cunha *et al.* (2019) relacionaram a melhora de cansaço, alterações de humor, impaciência, intolerância, sensação de peso na cabeça e angústia com o que chamaram de estratégias de autocuidado. Estas consistiram em: descansar; realizar atividades prioritárias e num ritmo compatível com a disposição, intercaladas com períodos de descanso; fazer caminhadas; alimentar-se de forma saudável; cuidar de plantas; e praticar atividades religiosas. Esse estudo demonstrou a importância da valorização dos discursos e saberes não científicos, e sim socioculturais, familiares e pessoais, pouco abordados pelos profissionais de saúde, mas que podem promover um senso de sentido e de potência, de bem-estar, de autoconfiança e de autonomia às pacientes oncológicas.

Assim, observa-se nessas mulheres também um elo entre sentimentos negativos e a manifestação de sentimentos positivos, promovendo a ressignificação da experiência e atitudes de enfrentamento, demandadas pela condição do diagnóstico do câncer de mama (MACHADO; SOARES; OLIVEIRA, 2017). Desse modo, apesar dos efeitos do tratamento, do estigma e preconceito social, compreende-se como positiva a continuidade das atividades funcionais e sociais dessas mulheres, como forma de evitar o isolamento social e reforçar sua autonomia e independência ao longo do percurso terapêutico (PAIVA *et al.*, 2020; GARCIA *et al.*, 2017).

Diante disso, os profissionais de saúde devem-se orientar por uma abordagem transdisciplinar que busque compreender que as mudanças da imagem externa da mulher vêm acompanhadas de transformações na dinâmica psíquica e nos elementos subjetivos constituintes de sua identidade (MEDEIROS *et al.*, 2019).

Compreender tais transformações contribui para um cuidado mais eficaz, personalizado, humanizado, com base em suas singularidades e contexto sociocultural, ou seja, práticas de cuidado construídas à maneira que melhor convenha a cada mulher e não restritas ao cunho biológico, objetivista e tecnicista (MEDEIROS *et al.*, 2019; MACHADO; SOARES; OLIVEIRA, 2017).

Neste cenário, a fim de compreender melhor o papel singular das mulheres em seus processos de cuidado em saúde, vale mencionar que a diversidade de termos empregados para denominar quem demanda cuidados demonstra a complexidade de significados envolvida: “pessoa, ser humano, indivíduo, sujeito, cidadão, usuário, cliente, paciente, doente, sofredor, dentre outros [...]”. (CRUZ, 2009, p. 63). Esses sujeitos de cuidados podem-se apresentar de forma passiva, recebendo o que lhes é oferecido, ou como agentes comprometidos com a construção de um cuidado de si e legitimação de direitos e de cidadania.

Todas as formas de se construir o cuidado das mulheres em tratamento do câncer de mama e os impactos apresentados em suas vidas, incluindo a possibilidade da emergência de um cuidado de si, estão intimamente relacionados ao acesso às políticas e serviços de saúde. Os agentes demandantes de cuidados inserem-se numa rede de serviços de saúde organizados em instituições públicas e privadas, em que trabalham os agentes da oferta de cuidados, isto é, os profissionais da saúde. Os arranjos pelos quais se estruturam esses serviços apontam caminhos para compreender questões ligadas ao acesso e à qualidade do cuidado em saúde.

Como destacam Viegas, Carmo e Luz (2015), o acesso à assistência à saúde corresponde à entrada nos serviços de saúde e sua utilização pelo indivíduo, até a solução de sua demanda, o que depende de como se organizam tais serviços. Este acesso à promoção, proteção e recuperação da saúde deve ser universal e igualitário, de acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 1988), que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS), conjunto de ações e serviços de saúde públicos e privados (em caráter complementar). Não obstante, a realidade apresenta-se com longas filas de espera, excesso de procedimentos burocráticos, processos de trabalho compartimentalizados e não em equipe, além de outras contradições, que restringem em demasia o acesso aos serviços públicos (FRANCO; MERHY, 2011).

Estes autores destacam ainda, como entrave ao acesso e à produção de um cuidado em saúde efetivo, a hegemonia do modelo biomédico, orientado à produção de procedimentos, ao alto consumo de insumos e a uma prática profissional prescritiva e pouco relacional. Ressaltam, por outro lado, que “O trabalhador da saúde é produtor e produto ao mesmo tempo, de determinados modelos tecno assistenciais”. (FRANCO; MERHY, 2011, p.15).

A mudança na produção do cuidado é marcada por novas subjetividades ativas na produção do cuidado, de um modo de trabalhar em saúde que tem como centro o campo relacional, abrindo o encontro com os usuários para espaços de fala, escuta, olhares, signos que têm sentido para ambos, trabalhador e usuário e formam o centro do processo de trabalho. (FRANCO; MERHY, 2011, p.16).

Cabe mencionar que os elementos citados, que podem ser obstáculos ao acesso e à qualidade do cuidado em saúde, são cruciais para mulheres com câncer de mama, para quem a realização do tratamento de forma oportuna e adequada é decisiva para as chances de cura e para a percepção e satisfação dessas pacientes quanto ao cuidado desenvolvido. A esse respeito, Oliveira e Soares (2020) esclareceram que a lacuna no acesso de mulheres aos exames de rastreamento para diagnóstico e tratamento de câncer de mama na rede pública consiste em outra barreira a ser superada, a fim de melhorar o prognóstico da doença e a qualidade de vida dessas usuárias.

Conforme também destaca o INCA (2021), a detecção precoce do câncer de mama resulta em tratamentos menos agressivos e o Ministério da Saúde preconiza a mamografia de rastreamento de dois em dois anos para mulheres entre 50 e 69 anos (BRASIL, 2015). A maior parte dos casos, no entanto, é descoberta pelas mulheres, por alterações na pele e apresentação de nódulos nas mamas.

Segundo Tomazelli, Girianelli e Silva (2018, p. 2), “a redução das desigualdades no acesso ao cuidado e a métodos diagnósticos e terapêutico pode reduzir a mortalidade por câncer de mama.” Existe a necessidade de organização da rede de atenção a mulheres com câncer de mama, para que os exames de rastreamento diagnóstico sejam realizados conforme recomendação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015). Verificou-se baixo percentual de mulheres com solicitação de mamografia pelas Unidades Básicas de Saúde, problemas na alimentação dos sistemas de informação em saúde e dificuldades no acesso a dados sobre exame

anatomopatológico de confirmação diagnóstica pelo SUS, sugerindo que esse exame esteja sendo realizado na rede privada.

Ainda sobre a estreita relação entre o acesso aos serviços de saúde e o diagnóstico precoce de neoplasias de mama, não é suficiente haver uma alta cobertura de serviços proporcionalmente à população, em especial da atenção básica à saúde, se não existir uma organização dos pontos de atenção de diferentes níveis de complexidade numa rede informatizada e descentralizada de regulação dos exames diagnósticos e procedimentos terapêuticos necessários (ALMEIDA; ALMEIDA FIDELIS; MELO, 2020).

A esse propósito, vale mencionar a Portaria nº 874, de 2013, que institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS. A normativa preconiza essa articulação entre os pontos de atenção à saúde, que devem ser constituídos por sistemas de apoio e logísticos, regulação e governança da rede de atenção à saúde, de modo a viabilizar as ações contínuas e efetivas à população (BRASIL, 2013b).

Outro marco legal importante nesse contexto é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, cujos objetivos incluem a redução da morbimortalidade por câncer na população feminina, por meio da organização dos municípios em microrregiões de referência e contrarreferência para o diagnóstico e tratamento de câncer de colo de útero e de mama (BRASIL, 2004a).

Da mesma maneira, a Política Nacional de Atenção Básica estabelece a organização das redes de atenção à saúde, de forma que as equipes de atenção básica se responsabilizem pela coordenação, resolutividade, regulação local (referência e contrarreferência) e longitudinalidade do cuidado e do acompanhamento dos usuários dos serviços, mesmo quando estejam em outros pontos de maiores níveis de complexidade do sistema de saúde (BRASIL, 2017).

Além disso, em conformidade com a Lei nº 12.732, de 2012, o paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS, no prazo de 60 (sessenta) dias desde o diagnóstico por laudo patológico, ou em menor prazo, de acordo com a necessidade de tratamento do caso (BRASIL, 2012). O cumprimento desse prazo depende da articulação direta dos gestores locais na

organização e regulação dos fluxos de atendimento, sob responsabilidade de Estados e Municípios (BRASIL, 2021).

Outro direito, instituído pela Lei nº 12.802, de 2013, refere-se à cirurgia plástica de reconstrução mamária, que deve ser realizada, prioritariamente, no momento da cirurgia da retirada da(s) mama(s) ou de parte dela(s), considerando-se a possibilidade clínica e vontade da paciente (BRASIL, 2013a). A mesma lei determina que usuárias que não puderem ser submetidas à reconstrução mamária imediata sejam encaminhadas para acompanhamento com garantia da realização da cirurgia tão logo se estabeleçam as condições clínicas necessárias.

De forma a entrelaçar todas essas políticas, com o objetivo de operacionalizar os princípios do SUS, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Humanização (PNH), conhecida como HumanizaSUS, que deve ser entendida como uma política transversal para o acesso a cuidados em saúde organizados e de qualidade (BRASIL, 2004b). Consolidar a clínica ampliada, com corresponsabilização entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde está entre as principais diretrizes do HumanizaSUS, assim como privilegiar o acolhimento e o fim das filas de espera por atendimento.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo empírico, em que a observação e as informações fundamentam-se nas experiências, obtidas de fontes diretas, pessoas com vivência ou conhecimento sobre o tema (FARIAS FILHO; ARRUDA FILHO, 2015).

Como etapa inicial do estudo e paralela à coleta e análise dos dados, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, método descritivo-discursivo para levantamento das evidências científicas disponíveis sobre um tema, cuja busca não segue critérios exaustivos das fontes de informações (MUÑOZ, 2002).

Participaram do estudo duas mulheres, nordestinas, residentes na capital do Estado da Paraíba, que receberam diagnóstico de câncer de mama e estavam em tratamento durante a realização da pesquisa. Elas serão aqui chamadas pelos nomes fictícios Adriana, de 36 anos, e Joanna⁴, que possui 38 anos de idade. Foram

4 Os nomes utilizados não correspondem aos verdadeiros em razão da preservação do sigilo quanto à identidade das participantes, da mesma forma que, no decorrer da apresentação dos resultados, foram alterados outros elementos e nomes citados, sem prejuízo para o conteúdo de interesse da

selecionadas pelo critério de conveniência, a partir do conhecimento, pelas redes sociais, de um grupo de apoio a mulheres em tratamento da doença. O contato inicial efetuou-se com Adriana, líder do grupo, que indicou a outra participante, também componente desse grupo, pelo interesse e disponibilidade em fazer parte do estudo. Ambas concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Tal grupo teve sua gênese no segundo semestre de 2019, a partir do encontro de Adriana com três mulheres na unidade hospitalar na capital paraibana, onde realizavam quimioterapia, que se juntaram a outras com trajetórias em comum relacionadas ao adoecimento pelo câncer. As primeiras atividades do grupo foram eventos para confraternização e apoio a essas mulheres e foi criado um grupo de comunicação pelo *WhatsApp*. Desde o início da pandemia pela COVID-19, em março de 2020, a interação passou a ocorrer principalmente pelas redes sociais (*WhatsApp* e *Instagram*).

Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ter idade maior que 18 anos, ser do sexo feminino e estar em tratamento do câncer de mama. Foram estabelecidos como critérios de exclusão: a não assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido; a falta de condições para falar sobre a experiência em relação ao câncer de mama; e a desistência de participação da pesquisa.

A coleta das experiências foi realizada pela ferramenta metodológica da história oral de vida, na qual se promovem narrativas das experiências e das memórias do declarante, de modo a revelar mais significados do que eventos (PORTELLI, 1997). Nessa técnica, o instrumento da entrevista em profundidade destaca-se por permitir um diálogo efetivo entre pesquisador e informante, estimulado a retomar sua vivência com intensa interpretação (CRUZ NETO, 2002). Foi utilizado um roteiro com questões norteadoras, apresentadas às participantes quando necessário para contemplar algum item dos objetivos ainda não abordado.

As narrativas ocorreram em encontros virtuais da pesquisadora com cada participante, utilizando-se a plataforma *Google Meet* e a gravação por dispositivo móvel (*smartphone*) dessas entrevistas para posterior transcrição e análise dos

pesquisa. Os nomes escolhidos fazem referência a duas mulheres nordestinas com destaque no cenário internacional da pesquisa em saúde: Adriana Suely de Oliveira Melo, que foi a primeira pesquisadora a comprovar a associação do zika vírus com a microcefalia no ano de 2015; e Joanna Dark Carola Correia Lima, pesquisadora na área do câncer e integrante da equipe de Peter Ratcliffe, ganhador do Prêmio Nobel de Medicina e Fisiologia de 2019.

dados. Foram realizadas três reuniões, uma com Adriana e duas com Joanna, com duração média de 1h20min cada, no período de 21/07/2021 a 01/08/2021.

A opção metodológica pelas entrevistas *online* justifica-se pelo contexto atual da pandemia pela COVID-19, que impôs a necessidade do distanciamento social, além de poder facilitar o acesso às participantes, sem que precisem se deslocar de seu ambiente (SCHMIDT; PALAZZI; PICCININI, 2020).

Foi utilizada a análise de dados qualitativa proposta por Minayo (2002), cujo método situa a fala dos participantes em seu próprio contexto para melhor ser compreendida. Essa proposta hermenêutica dialética de análise se efetua pela ordenação e transcrição dos dados, bem como pela organização dos relatos dos participantes e pela leitura exaustiva com o objetivo de produzir questões acerca das informações encontradas, construindo as categorias de análise na articulação entre os materiais coletados e os referenciais bibliográficos pesquisados.

O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário UNIESP, tendo sido aprovado pelo Parecer Nº 4.838.407, de 09/07/2021. A pesquisa foi realizada de acordo com os aspectos éticos pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução nº 466/2012.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Inicia-se a discussão com a caracterização das duas participantes a partir de suas narrativas ao longo do processo de pesquisa. Em seguida, serão analisadas três categorias, com base nos conteúdos identificados e nos objetivos propostos.

Adriana é uma mulher de 36 anos, paraibana, casada, com uma filha de 14 anos, tendo como profissão a atividade de gerência administrativa. Cursa graduação em Serviço Social e é uma liderança em um grupo de apoio a mulheres que tiveram diagnóstico de câncer de mama, assim como ela. Durante seu tratamento, afirmou ter encontrado seu bem-estar ao ajudar outras mulheres a enfrentarem as mesmas dificuldades. Relatou que o grupo foi formado em outubro de 2019, após sua articulação com três amigas, que conheceu durante o percurso da quimioterapia. Foi uma época em que participaram de eventos públicos em prol do combate ao câncer de mama e perceberam que poderiam juntar-se a outras mulheres em nome da mesma causa.

Assim, criaram um canal de comunicação do grupo pelo *WhatsApp*, que se tornou o principal meio para contato, trocas de experiências e apoio mútuo entre elas, especialmente desde o início da pandemia pela COVID-19. Adriana organiza atualmente diversas ações, como campanhas para arrecadação de recursos para medicações e outros custos do tratamento de mulheres usuárias do SUS, e estimula que as integrantes do grupo também se auxiliem das formas particulares como podem. Engajou-se na concretização de ações em defesa dos direitos de mulheres ao acesso à saúde, divulgando informações de interesse público e fazendo outras mobilizações nas redes sociais, mas também de outras maneiras, como na esfera política, com gestores públicos de saúde e outros atores importantes na prevenção e redução da mortalidade pelo câncer.

A segunda participante, Joanna, também paraibana e casada, possui 38 anos e um filho de 8 anos. Sua profissão é técnica de enfermagem e ela também se engajou, durante seu tratamento do câncer de mama, no grupo de mulheres criado por Adriana. Joanna contou que nasceu numa cidade do interior e mudou-se para a capital na adolescência, juntamente com sua avó, considerada por ela como sua mãe. Esta faleceu no início de 2019, pouco antes da participante descobrir que estava com câncer de mama. Joanna relatou ter resolvido fazer o curso de técnica de enfermagem para saber como cuidar de sua avó, que tinha alguns problemas de saúde. Disse que conseguiu fazer isso e proporcionar a elas uma vida mais confortável com seu trabalho, compensando os esforços que viu, desde a infância, sua vó empreender para criá-la, à custa de longas jornadas de trabalho.

A seguir, serão analisados e discutidos os resultados a partir da leitura de todo o material evidenciado por meio das narrativas das participantes.

A descoberta da doença e o início dos cuidados

Nesta categoria, evidenciou-se a descoberta do câncer de mama pelas próprias mulheres, como acontece na maioria dos casos da doença (INCA, 2021). Os relatos revestem-se do impacto provocado pela notícia nas mulheres, que referem surpresa, mas também um nítido senso de urgência para o início do tratamento, como diz Adriana:

Eu descobri o câncer através do toque mesmo. Eu fiz o autoexame e descobri uma bolinha [...]. Com uma semana depois da biópsia, saiu o resultado positivo... e começou a correria pra ver como iria ser.

Receber o diagnóstico da doença, para Joanna, revelou o contraditório da crença de que manter hábitos de vida considerados saudáveis, como alimentação equilibrada, prática de atividades físicas e ausência de histórico familiar de câncer, poderia significar uma segurança quanto a não ter esse tipo adoecimento. Ademais, identifica-se, nessas falas, a sensação de medo, da iminência da morte ou da imprevisibilidade do curso da doença, como se percebe neste trecho:

Eu me alimentava bem, eu malhava, eu tinha hábitos saudáveis, então assim, quando eu ouvia falar de um câncer, eu acharia que eu seria uma das últimas pessoas, pelo meu histórico familiar, pela vida que eu levava. Só que a vida nos surpreende, né? [...] Quando eu li carcinoma... pronto (emocionada)... carcinoma infiltrante nível 1, eu fiz... eu tô com câncer, eu estou com câncer, eu vou morrer.

Os componentes psicológicos mostrados estão presentes desde o diagnóstico e principalmente nesse momento, demandando cuidados específicos dos profissionais de saúde, de forma atenta aos aspectos emocionais e subjetivos, esclarecendo dúvidas, prestando informações de qualidade e dando espaço à manifestação das necessidades de cada mulher, para que sejam atendidas de forma singular. Tais elementos vão ao encontro de um cuidado implicado integralmente com necessidades físicas e mentais, de modo a priorizar os significados particulares da experiência de cada sujeito (VENÂNCIO, 2004; MELO, 2016; GARCIA *et al.*, 2017; MACHADO; SOARES; OLIVEIRA, 2017; MEDEIROS *et al.*, 2019).

A seguir, explicita-se uma ocasião narrada por Adriana que poderia ser evitada no cotidiano dos serviços de saúde, de forma a não potencializar a vulnerabilidade de mulheres já emocionalmente abaladas pela descoberta e início do tratamento do câncer de mama. No mesmo relato, entretanto, há um exemplo de outra situação, conduzida de maneira mais sensível por uma profissional:

Da primeira vez... quem falou foi uma outra mastologista [...]. Ela nem tinha o resultado da biópsia, só viu o ultrassom e já foi dizendo assim “ó, seu resultado provavelmente vai ser um câncer e a gente vai ver se você começa pela cirurgia ou pela quimioterapia [...]”. Uma outra médica pôde conversar comigo, pôde me dizer direitinho, já com o resultado da biópsia... “Olha, Adriana, você tem 95% de chance de cura. Não se preocupe, vai dar tudo certo”. Muito importante a forma como se fala pra um paciente.

A atitude da profissional de saúde que dialogou verdadeiramente com Adriana, explicando suas perspectivas de cura, já de posse de resultados de exames que permitiam deixar a paciente mais bem informada, ofereceu-lhe melhores condições de enfrentamento e formação de vínculo, acolhimento e confiança, em consonância com a concepção de clínica ampliada, da Política Nacional de Humanização e de um cuidado promotor de saúde (BRASIL, 2004b, 2009; FRANCO; MERHY, 2011; MELO, 2016)

O Acesso Ao Tratamento E Aos Serviços De Saúde

Já em relação a esta categoria de análise, vários trechos das narrativas das participantes mostraram as barreiras encontradas para o acesso ao tratamento e aos serviços de saúde. Adriana afirma que havia contratado um plano de saúde, mas estava em carência para a maioria dos procedimentos, o que a obrigou a arcar com os custos da biópsia, cirurgia, exames e primeiras sessões de quimioterapia pela rede privada, para não ter prejuízo no tempo do início do tratamento se fosse esperar pela rede pública:

Teria que ter uma consulta antes com uma mastologista pelo SUS, que só teria mais ou menos com 30 a 60 dias. Demoraria mais ainda até conseguir depois vaga pra biópsia, então eu corri pra o particular. Imagina uma mulher leiga, que ela paralisa diante da situação... passar por tudo isso. Morre. Morre, simplesmente. Por isso que existem hoje tantos casos [...] já tá com metástase [...] porque existe essa bagunça.

A participante Joanna não possuía plano de saúde e utilizou a rede pública na maior parte do tratamento, também relatando obstáculos ao acesso. Necessitou pagar para realizar o exame de biópsia na rede particular, além de ter aguardado sete meses na fila de espera sem iniciar a quimioterapia, como relata:

Eu demorei SETE meses. Tu sabe o que é sete meses de angústia, sete meses de incerteza? Sete meses de dizer assim se voltar? E se eu começar meu tratamento e estiver em outro lugar? Como é que eu estou sete meses após o câncer, sem assistência nenhuma?

Ademais, Joanna precisou recorrer às instâncias judiciais, sem obter êxito até o momento das entrevistas, para receber um medicamento de alto custo que

complementaria seu tratamento. Como a medicação não é fornecida pelo SUS e a participante não possui recursos financeiros para arcar com os custos do remédio por cinco anos, é provável que seja submetida a outra cirurgia para retirar útero e ovários, para reduzir o risco de voltar a ter o câncer de mama.

Adriana também precisou recorrer à judicialização para ter acesso a alguns medicamentos durante seu tratamento sistêmico, tendo sucesso não apenas para si, como também para outras pacientes. Foi necessária essa mobilização pessoal, juntamente com a articulação de diferentes setores envolvidos na gestão pública da saúde, médicos oncologistas e Ministério Público, para ter o direito ao tratamento completo, com repercussão positiva então para outras mulheres na mesma situação, que passaram a receber essas medicações quimioterápicas também. Como destaca Adriana:

A procuradora deu 30 dias pra resolver essa situação. E hoje, graças a Deus, as pacientes que precisam já tomam essa medicação.

Esses achados corroboram a discussão encontrada na literatura acerca da necessidade do acesso oportuno aos serviços de saúde, de maneira que haja o diagnóstico precoce e a terapêutica adequada, melhorando o prognóstico e reduzindo a mortalidade por câncer de mama (FRANCO; MEHY, 2011; OLIVEIRA; SOARES, 2020; INCA, 2020; BRASIL, 2004a). Tomazelli, Girianelli e Silva (2018) também evidenciaram essas lacunas no acesso, especialmente na organização dos processos de trabalho das equipes de saúde, desde a atenção básica, com baixo percentual de mulheres com solicitação de mamografia. Assim, uma alta proporção de cobertura populacional pelos serviços de atenção básica precisa ser acompanhada pela organização em rede dos serviços de atenção à saúde de outros níveis de complexidade, com ações contínuas e efetivas à população (ALMEIDA; ALMEIDA FIDELIS; MELO, 2020; BRASIL, 2013b).

Somados a esses entraves ao acesso, verificou-se uma restrição de outra ordem, referente aos comportamentos de alguns profissionais de saúde, que podem afastar as usuárias dos serviços a que têm direito, pela forma como são tratadas. Foi o que ocorreu com Joanna quando encaminhada a um hospital de referência na região para o tratamento de câncer, para avaliação psicológica e possivelmente realização de reconstrução da mama no mesmo procedimento cirúrgico da

mastectomia, conforme preconizado por lei (BRASIL, 2013a). Joanna narrou que uma assistente social falou com ela e uma colega:

Ela disse “mulher, a mastologista mandou essa paciente pra fazer reconstrução da mama, porque olha a idade dela, já tá com câncer e já vai tirar a mama toda. Tu já pensaste que não só dá em gente velha?” Ela falou rindo... “ah! A mastologista mandou ela pra cá kkk... a fila de espera é muito grande, minha filha, se eu fosse vc eu tirava logo”. Eu fiz “eu quero ir embora, não quero esperar a psicóloga não, muito obrigada”. E saí morrendo de chorar. Eu saí desorientada. E depois falei com minha médica... aquilo não é um hospital não... o povo lá é desumano, eu não quero ficar naquele hospital. Pode fazer aqui, não me importo que eu vou ficar sem mama, mas aqui eu sou acolhida, aqui a senhora tem carinho por mim, eu não sou só um pedaço de carne, que vai tirar uma parte de mim não, não sou um bicho não, sou um ser humano, eu preciso ser tratada como ser humano, eu não quero ir pra aquele hospital. E comecei a chorar.

Com essa experiência, foi obstruído o acesso de Joanna ao acompanhamento psicológico, num momento crucial para sua saúde. Como defendem Venâncio (2004), Scannavino *et al.* (2013) e Moura, Cavalcanti e Borba (2016), o suporte prestado por esse profissional às pacientes e aos seus familiares possui impacto significativo na adesão e nos resultados do tratamento, melhorando o prognóstico, reduzindo o estresse e a incidência de transtornos mentais e contribuindo para o bem-estar nesse contexto. As participantes confirmaram a necessidade da presença do profissional da Psicologia na equipe multidisciplinar durante todo o tratamento oncológico, como afirma Joanna:

É uma doença terrível. Mas a gente pode superar, com uma boa mente, com o trabalho, principalmente da Psicologia [...]. Se eu fosse diretor de um hospital, faria assim, todo paciente que inicia um tratamento desse, que é um tratamento muito doloroso... teria que passar por um psicólogo, sabe? Porque lá a gente ia se abrir, a gente ia descarregar... Você iria mais relaxada, mais confiante, porque uma pessoa ali lhe escutou, uma pessoa ali lhe orientou e você pôde relaxar.

Essa fala corrobora os autores acima citados e reforça a importância do profissional da Psicologia da Saúde no tratamento oncológico, bem como que toda a equipe tenha uma atitude orientada à promoção de um espaço de acolhimento, escuta e construção de estratégias de enfrentamento em conjunto, considerando-se que quanto mais bem informado e esclarecido o indivíduo, tanto maior será sua capacidade de superação das dificuldades e mais confiança terá na equipe. Essa

visão é compatível com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004b, 2009) e perspectivas teóricas como as de Franco e Merhy (2011) e Melo (2016).

A presença de psicólogos no campo da assistência interdisciplinar à saúde, como na área oncológica, faz-se necessária considerando os aspectos mencionados por esses autores e a demanda apresentada no relato de Joanna, de modo a favorecer a compreensão dos impactos decorrentes do tratamento por meio do espaço de fala, como ressaltam Sette e Gradwohl (2014). Nesse sentido, destaca-se a situação narrada por essa paciente sobre fazer mais uma cirurgia, de retirada de ovários e útero, que não seria necessária se ela conseguisse uma medicação não fornecida pelo SUS. Representa considerável potencial de adoecimento psíquico e, portanto, exige a atenção do profissional da Psicologia da Saúde.

Ainda em relação aos bloqueios ao acesso, no mesmo relato de Joanna referente à sua desistência de conseguir apoio de uma psicóloga, fica evidente que também deixou de ter acesso à cirurgia plástica de reconstrução mamária imediata, somente realizada quase um ano após a retirada da mama, em um outro serviço hospitalar. Mesmo que não tivesse havido esse incidente lamentável com a profissional do Serviço Social, pelo que ela informou, a longa fila de espera poderia novamente ter sido um empecilho à realização do tratamento no tempo adequado e seguro para a saúde de Joanna.

Nesse confronto entre as opções pela sobrevivência ou pela mitigação dos efeitos psicológicos da mutilação, Joanna optou pelo tratamento necessário, mas no ambiente e com a médica que lhe proporcionavam maior conforto e confiança, por sentir um cuidado pautado pelo afeto, ainda que tivesse de lidar com seu sofrimento pela incompletude física e de identidade, após a cirurgia:

Quando a enfermeira foi fazer o curativo, foi outro choque... pensava: está faltando parte de mim. Será que eu vou superar isso? Emocionalmente eu vi que isso mexeu muito comigo.

Tal fala corrobora autores como Garcia et al. (2017), Machado, Soares e Oliveira (2017) e Paiva et al. (2020), no que diz respeito aos impactos da mutilação em mulheres em tratamento de câncer de mama. Ocorrem transformações na sua autoimagem em razão do reconhecimento de mudanças em partes do corpo relacionadas diretamente com a representação de sua identidade feminina, objetos de uma supervalorização cultural. Os significados ligados a gênero são construídos

histórica e socialmente (CAMINO; ISMAEL, 2003) e o papel de mulher pode ser percebido como ameaçado diante da falta de elementos físicos simbolizadores de sua feminilidade e até mesmo de sua sexualidade.

As Redes de Cuidado e o Cuidado de Si ao Longo do Tratamento

As redes de cuidado criadas durante todo o percurso terapêutico do câncer de mama desempenham papel fundamental para o bem-estar das mulheres e configuram-se de diferentes modos. Envolvem o apoio social, afetivo, financeiro e espiritual, implicando amigos, cônjuges familiares, entre outros, como o coletivo feminino que ambas as participantes integram, composto por outras mulheres que receberam o diagnóstico da doença. Os seguintes trechos de fala ilustram essas redes de cuidados, como nesta fala de Joanna:

Meu marido, como sempre, me apoia muito, está sempre do meu lado. Ele sempre me incentivava com pensamentos bons.

E neste trecho, em que Adriana narra como recebeu apoio de amigos e também promoveu auxílio a outras mulheres:

Eu trabalhava e a dona da loja onde eu trabalhava... ela disse “vamos fazer um plano de saúde pra você, porque aí você fica mais assegurada” [...]. A quimioterapia foi pelo SUS, mas [...] teria que esperar de 3 a 4 meses [...]. Por isso que a gente faz umas campanhas, de vez em quando, pra arrecadar ajuda para a pessoa iniciar as primeiras quimios pagando. Eu recebi de presente as duas primeiras quimios, através de uma pessoa, que me deu essas quimios, e na terceira eu já consegui pelo SUS.

Verificou-se que o suporte social foi muito importante para Joanna e Adriana, assim como para outras mulheres em situação semelhante, que eventualmente conseguem acesso ao início da quimioterapia no tempo adequado graças a mobilizações que Adriana organiza, no grupo de WhatsApp com mulheres que tiveram câncer de mama e em outras redes sociais, em prol de obter recursos financeiros para as primeiras sessões do tratamento. Identificam-se, assim, duas facetas do cuidado: constituído por uma disposição em produzir saúde, por meio de um saber prático, nas relações intersubjetivas (CRUZ, 2009); e concretizado pelo cuidado de si, estabelecido numa retroalimentação pelo cuidado do e com o outro, nas relações sociais (FOUCAULT, 2005), como se percebe nesta fala de Adriana:

Eu fui logo montando o grupo [...]. Eu peguei a minha dor pra ajudar, comecei a ajudar outras mulheres, a conversar com outras mulheres, a passar força pra essas mulheres. Eu comecei a fazer isso. E eu vi que isso me fazia bem [...]. Formamos um grupo de WhatsApp, pra justamente ver essa questão desse piquenique que fizemos e é esse grupo que tá até hoje.

Para Adriana, a experiência com o câncer teve um sentido de mudança e engajamento no cuidado a outras mulheres, acima de tudo, por reflexões sobre si e o mundo, em práticas afetivas, conforme explicam Machado e Lavrador (2009) sobre o próprio cuidado de si. Nesse mesmo prisma de ressignificação da experiência de sofrimento em um cuidado de si, perpassado pelas trocas com o outro, Joanna declarou, num determinado momento:

A partir de hoje, uma nova mulher renasce e essa nova mulher vai renascer pra qualquer coisa. Eu estou preparada [...]. Eu não passei por um câncer pra ficar me achando menos do que as pessoas. Eu não sou, muito pelo contrário, eu sou motivo de orgulho, então eu vou me mostrar, porque eu tenho que dar força a outras mulheres, que eu venci, que a gente não deve se entregar, que a gente não deve achar que um câncer é uma sentença de morte, porque não é.

Interessante destacar, nessas falas de ambas as participantes, que assumem uma postura ativa no curso de suas vivências, corroborando Machado e Lavrador (2009), quando defendem que a experiência do sofrimento não implica passividade ou vitimização. Pelo contrário, significa afetar-se e, portanto, reorganizar-se e deslocar-se necessariamente em direção a mudanças, inclusive marcando sua posição para os outros, mostrando seus limites e formas como deseja ser cuidada, conforme Joanna expressou:

Eu disse não, eu não quero ninguém aqui na minha casa com dó de mim. Eu não quero ninguém aqui achando que eu sou coitada. Eu não quero. Eu quero pessoas que venham me dar força, que me encorajem, a lutar pelo meu tratamento e não desistir. Então, eu não sou coitada, porque quem passa pelo câncer não é coitado, sabe? Porque não é pra qualquer um não. Não é pra qualquer um.

Ao mesmo tempo, as participantes afirmaram que aspectos de sua espiritualidade estiveram presentes durante esse processo, propiciando sentirem-se mais fortalecidas nessa busca por seu bem-estar, como ressalta Joanna:

Eu descobri uma intimidade com Deus que eu não sabia que eu tinha essa capacidade. Naquele momento, eu me voltei totalmente, eu busquei

louvores, eu busquei orações, eu busquei ler a Bíblia, busquei preencher meu tempo [...]. Então, me voltar pra religião totalmente, naquele momento, foi o meu ápice, foi o meu ponto de partida e eu vi o quanto aquilo me curou.

Esses aspectos encontrados confirmam as pesquisas de Medeiros et al. (2019) e Machado, Soares e Oliveira (2017) sobre a intensificação da busca pela espiritualidade em circunstâncias de limitações físicas, com a experiência do transcendental contribuindo para a visão sobre o sentido da vida. Como destacam esses autores, tais experiências favoreceram sensações de conforto e autoconfiança para as mulheres durante o tratamento.

A respeito de se isolar, nesse processo de voltar-se a si, com o convívio mais restrito apenas a familiares, Joanna salientou:

Tem pessoas... que se vc falar tô com câncer, te olham com cara de morte já, de sentença de morte [...]. Então, eu optei... foi uma escolha minha... eu me bloqueei. Foi o tempo de pandemia, que ninguém podia visitar ninguém, então até hoje quase ninguém sabe que eu tive câncer [...]. Não recebia ninguém na minha casa. Eu me preservei de comentários que poderiam me machucar e me fazer mal, então eu preservei de tudo isso.

Diferentemente do que defendem Garcia et al. (2017) e Paiva et al. (2020), sobre ser benéfico às mulheres em tratamento de câncer de mama continuar as atividades sociais, evitando o isolamento, foi precisamente essa restrição imposta pelo contexto da pandemia da COVID-19, no ano de 2020, que Joanna considerou vantajosa para se preservar emocionalmente dos efeitos do estigma social da doença. Independentemente de haver uma circunstância da proporção de uma pandemia, é interessante que essas mulheres possam escolher a forma que mais lhes convier para atravessar esse período e suas singularidades devem ser respeitadas.

No caso de Adriana, no período da pandemia, ela já estava em uma fase do tratamento posterior à quimioterapia e não mencionou sobre esses aspectos referentes à perda dos cabelos ou ao estigma social. Já no relato de Joanna, ficou evidente o impacto dessas questões, conforme o trecho:

Já basta! Eu [...] tirei uma mama, agora eu vou ficar sem o meu cabelo... quem sou eu? Aí vem o conflito de identidade... quem sou eu? Eu não me reconheço... quem é essa pessoa que tá no espelho, mutilada, abatida e sem cabelo? Quem sou eu? Se você me perguntar: durante tudo isso, qual foi o momento mais difícil pra você? Foi a perda do meu cabelo. Pode soar

como vaidade, mas era a minha identidade [...]. A mama ninguém estava vendo. Era uma intimidade minha. A mama eu tinha como camuflar, meu cabelo, não, meu cabelo, não.

Esse relato valida os achados de Garcia et al. (2017) e Medeiros et al. (2019), que apontaram os impactos do preconceito na vida de mulheres com diagnóstico de câncer de mama, comumente constrangidas em situações de exposição social. Os autores chegam a destacar a necessidade de resistência e superação para não potencializar o adoecimento pelos rótulos sociais em torno do câncer e dos efeitos da quimioterapia.

Especificamente no que se refere à ótica das participantes sobre o cuidado desenvolvido pela equipe de saúde, além dos relatos analisados na categoria relativa à descoberta da doença e início dos cuidados, outros trechos exemplificam atitudes dos profissionais e como as participantes compreenderam esse processo de cuidado. Adriana explicou:

Lá no Hospital, o tratamento é muito humanizado, as meninas são extremamente preparadas mesmo, pra cuidar das pacientes. É maravilhoso a forma que elas cuidam, que elas tratam os pacientes [...]. Eu acho que é amor mesmo ao que faz. Elas devem ter se capacitado, estudaram, mas assim elas tratam com muito amor.

Nesta fala, Joanna menciona sobre o cuidado de uma enfermeira neste mesmo Hospital elogiado por Adriana:

Eu disse... eu tô com o coração do tamanho de nada. Aí ela... “fique não. Olha, me chamo Patrícia, aqui tem Marta, Carmen... Você vai ficar conosco todo o seu tratamento. A gente vai dar o nosso máximo a você, o nosso melhor. A gente aqui é humana, é colega, a gente tá pra tirar dúvida, a gente tá pra acolher, pra abraçar, a gente tá aqui pra lhe ajudar, pra te dizer você não está só”. Menina, já comecei a chorar. Aí ela falou “vamos aplicar sua quimio”. Eu comecei a chorar, eu entre num pranto, que eu não me controlava. Aí ela pegou na minha mão[...]. Ela me levou pra uma cadeira do papai e fez “deite aí, fique bem confortável, [...] vai dar tudo certo, [...] tudo isso vai passar”. Então, me deu um abraço bem forte [...] de conforto, o abraço que eu estava precisando há anos.

E, narrando sobre sua cirurgia de mastectomia, Joanna ressaltou a importância do vínculo de confiança que tinha a mastologista que a acompanhava:

Me acalmou porque a médica foi ela. Quando entrei no bloco cirúrgico, ela disse “estou aqui, vou dar o meu melhor, você está em boas mãos, não se preocupe, porque o que eu puder fazer perante a medicina por você eu vou fazer”.

Por fim, sobre a reciprocidade do cuidado e a forma como o cuidar afeta quem é tratado, mas também os profissionais de saúde, Joanna descreve seu primeiro contato com a oncologista e o desenvolvimento de sua relação com ela:

Eu não sei se, às vezes, por não querer se envolver com o paciente, eles se blindam, pra não absorver, [...] pra não sofrerem. Eu não sei se foi isso que aconteceu com minha oncologista [...]. Na primeira consulta: ela pegou o lápis... falou, olhando pra máquina, “vai fazer quimioterapia, vai fazer também quimio branca, provavelmente uma radioterapia, o cabelo vai cair, você vai ficar careca, vai fazer...” E eu assim... Como se ela tivesse falando com uma máquina e escrevendo [...]. Hoje eu digo a ela... hoje, a senhora é top, mas quando lhe conheci [...] a senhora foi desumana comigo. Eu sofri com isso. Eu já vinha sofrendo de outras coisas. E ela disse: “eu te devo desculpas, porque quando você saiu da sala, eu me senti mal, porque eu sei o que é as pessoas terem um câncer, mas eu não sei o que é passar por um câncer e naquele momento você estava com o mundo cheio de incerteza e eu podia ser mais humana”. Depois de quase dois anos que estou com ela, ela ficou mais humana, mais acessível, mais sorridente. Olha que coisa linda ela dizer “essa sua observação me fez enxergar... que toda vez que chega um paciente novo, eu lembro de você pra não cometer o mesmo erro”. Ela reconheceu!

Estas quatro últimas passagens transcritas das narrativas das participantes confirmam o que Boff (1999), Merhy (2004), Machado e Lavrador (2009), Cruz (2009), Franco e Merhy (2011), Melo (2016), Machado, Soares e Oliveira (2017), Andrade, Givigi e Abrahão (2018), Dunker e Thebas (2019), Medeiros et al. (2019) apresentaram a favor de uma concepção de cuidado que se desenvolve de forma humanizada, conectada com afeto, permeada pela sensibilidade dos envolvidos nesse encontro, que pressupõe trocas e, por conseguinte, mudanças. Trata-se de formas múltiplas e únicas de cuidar, de acordo com cada cenário e em função dos sujeitos implicados na relação, porque o cuidado se constrói com base nas necessidades de cada um, de forma dinâmica e fluida, é inventado no ato.

A enfermeira que cuidou de Joanna percebeu que, antes de realizar a intervenção objetiva da administração venosa do medicamento, precisava parar, esperar, escutar e oferecer algo que apaziguasse a paciente. Suas necessidades iam além da quimioterapia e, sem dúvida, o tratamento que produz saúde envolve mais do que fármacos e procedimentos técnicos. Abrange o cuidar, uma tecnologia tão complexa quanto o humano, que pode ser aprendida, mas sobretudo exige predisposição, intenção, uma atitude ética. Inquestionavelmente, o cuidado estabelecido numa relação com vínculo e confiança, como a exemplificada por

Joanna com sua mastologista, favorece sobremaneira a recuperação e a saúde de mulheres em tratamento de câncer de mama.

O contexto dessas mulheres envolve tantos fatores determinantes de sofrimentos inevitáveis, que a postura dos profissionais de saúde não deveria representar mais um elemento causador de desconforto e mal-estar. Pelo contrário, a atitude de cuidar presume-se comprometer e se afetar, se responsabilizar e se interessar pelo bem-estar do outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados, evidenciou-se que o ato de narrar suas histórias descortina inúmeras possibilidades de legitimação dos sentidos próprios da experiência, produzindo conhecimento e empoderamento de quem narra, como afirmaram Biglia e Bonet-Martí (2009). Acima de tudo, reforça a importância da produção de saberes considerando-se o ponto de vista de quem experiencia o fenômeno estudado.

Assim, apesar de a pesquisa narrativa não permitir generalizações, tendo em vista essa limitação do estudo referente ao número de participantes, a profundidade com que se revelam significados subjetivos possibilita não perder de vista a íntima relação ética e política que se estabelece entre o individual e o que interessa a todos no campo da coletividade. Assim, o singular e o universal são indissociáveis.

As participantes expressaram conteúdos com tamanha densidade, que foi possível reavaliar, a partir de outros lugares de fala, determinadas ideias cientificamente definidas, por exemplo: em que medida o isolamento social seria maléfico à saúde, tendo em conta o contexto de uma experiência tão inexprimível, que o recolhimento e o voltar-se a si significam maior conforto e saúde?

Além disso, revelaram-se práticas de cuidado em saúde construídas por mulheres em tratamento do câncer de mama e pelos outros sujeitos envolvidos no cuidado, profissionais de saúde, familiares e amigos, que pressupõem a atitude de disponibilidade, interesse genuíno, vínculo, responsabilização e troca de afetos. O cuidado criado com base nas necessidades singulares dos envolvidos, integrando-se as esferas biológica e psíquica, de forma humanizada, produz autonomia e o desejo do cuidado de si, produzindo assim saúde.

Outra questão necessariamente ligada ao desenvolvimento do cuidado é o acesso aos serviços de saúde, que se evidenciou com muitas lacunas pelos relatos das participantes, comprometendo o tratamento e a segurança para a saúde dessas mulheres. As práticas dos profissionais de saúde também influenciam no acesso ao cuidado, pois podem representar uma barreira antes mesmo deste ser desenvolvido. É preciso reconhecer essas necessidades e refletir sobre a construção do cuidado para que as práticas dos profissionais na saúde sejam reconstruídas a cada dia, sobretudo orientadas por políticas públicas que garantam o direito à saúde.

Foi possível perceber que a perspectiva das mulheres estudadas foi de valorização da delicadeza e da ética exigida no cuidado por parte da equipe de saúde. Em meio ao turbilhão de acontecimentos e sentimentos na vida dessas mulheres, revelaram-se como muito significativas e alentadoras as formas como se estabelecem as relações no processo do cuidado mediadas pelo afeto e pela confiança.

Verificou-se ainda a construção do cuidado de si de forma particular a cada mulher, mas tendo em comum, mais uma vez, a relação com o outro, num processo de reflexão e amadurecimento acerca do impacto que há em si ao promover o cuidado com o outro. Interessante também destacar, por fim, o caráter de autonomia e descoberta proporcionado por essa experiência, em relação ao que cada uma passa a considerar essencial ou prioridade, como um sentido de vida.

Sugere-se a realização de mais estudos sob a perspectiva de outras mulheres em tratamento do câncer de mama quanto ao cuidado em saúde, considerando-se diferentes recortes sociodemográficos, de forma a contribuir para a produção de conhecimentos nessa área. Desse modo, seria interessante, por exemplo, pesquisar contextos sociais em que as mulheres não possuem recursos de mobilização e articulação em grupos como as participantes deste estudo, ou com precárias redes sociais de apoio. Políticas públicas devem ser fomentadas no sentido de promover tais redes de apoio, tendo em vista sua importância para mulheres em tratamento de câncer de mama.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. M. M.; ALMEIDA FIDELIS, P.; MELO, E. A. Regulação assistencial ou cada um por si? Lições a partir da detecção precoce do câncer de mama em redes regionalizadas do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 24, n. 1, p. 1-16, 2020.

ANDRADE, E. O.; GIVIGI, L. R. P.; ABRAHÃO, A. L. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, v.22, n. 64, p. 67-76, 2018.

BIGLIA, B.; BONET-MARTÍ, J. La construcción de narrativas como método de investigación psicosocial. Prácticas de escritura compartida. **Forum Qualitative Social Research**, v. 10, n. 1, p. 1-25, jan. 2009.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.
BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 16 maio. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. 2004b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasisus_2004.pdf. Acesso em 14 ago. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS: clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde. 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Acesso em: 23 maio. 2021.

_____. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012**. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. DF: Presidência da República, 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/12732.htm. Acesso em: 16 maio. 2021.

_____. **Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013a**. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/12802.htm Acesso em: 16 maio. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 874, de 16 de maio de 2013b**. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0874_16_05_2013.html. Acesso em: 18 abr. 2021.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf. Acesso em: 18 mar. 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº. 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 16 maio. 2021.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2021.

- _____. Ministério da Saúde. **Câncer de mama**: sintomas, tratamentos, causas e prevenção. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/c/cancer-de-mama>. Acesso em: 16 maio. 2021.
- CAMINO, L. E ISMAEL, E. O papel da Psicologia nos processos de exclusão social. In: Guerra, A. M. C. *et al.* (orgs.). **Psicologia Social e Direitos Humanos**: desafios locais e internacionais. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2003. p. 185-200.
- CRUZ, M. C. C. **O conceito de cuidado à saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2009.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S. *et al.* (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 51-66.
- CUNHA, N. F. *et al.* Experiências de mulheres em quimioterapia no manejo da fadiga: estratégias de autocuidado. **Esc Anna Nery**, v. 23, n. 4, p. 1-8, 2019.
- DUNKER, C; THEBAS, C. **O palhaço e o psicanalista**: como escutar os outros pode transformar vidas. São Paulo: Planeta do Brasil, 2019.
- FARIAS FILHO, M. C.; ARRUDA FILHO, E. J. M. **Planejamento da pesquisa científica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2015.
- FOUCAULT, M. **História da Sexualidade**: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 2005. v. 3.
- FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. **Salud Coletiva**, Buenos Aires, v.7, n.1, p. 9-20, jan.-abr. 2011.
- GARCIA, S. N. *et al.* Mudanças na função social e na imagem corporal em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em quimioterapia. **Acta Scientiarum/Health Sciences**, Maringá, v. 39, n. 1, p. 57-64, jan.-jun. 2017.
- MINAYO, M. C. de S. *et al.* **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Tipos de Câncer**: câncer de mama. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acesso em: 15 mar. 2021.
- MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica da expansão da vida. **Interface Comunic., Saúde, Educ.**, v. 13, supl. 1, p. 515-21, 2009.
- MACHADO, M. X.; SOARES, D. A.; OLIVEIRA, S. B. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.27, n. 3, p. 433-51, 2017.
- MEDEIROS, M. B. *et al.* Percepção de mulheres com câncer de mama em quimioterapia: uma análise compreensiva. **Rev Bras Enferm.** v. 72, n. 3, p. 110-7, 2019.
- MELO, R. H. V. de. **Versando saúde coletiva**: textos, poemas & rodapés. Natal: EDUFERN, 2016. Disponível em: <https://repositorio.ufrn.br/handle/123456789/21388>. Acesso em: 21 mar. 2021.
- MERHY, E. E. **O ato de cuidar**: a alma dos serviços de saúde. 2004. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2103.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2020.
- MOURA, G. A. P. de; CAVALCANTI, I. C. P.; BORBA, S. M de. Projeto Pingo de Luz: um relato de experiência com pacientes em cuidados paliativos. **Revista de Psicologia**, Fortaleza, v. 7, n.1, p. 251-6, jan.-jun. 2016.

MUÑOZ, S. I. S. *et al.* Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 8., 2002, Ribeirão Preto. **Anais [...]**. Ribeirão Preto: USP, 2002.

OLIVEIRA, S. B.; SOARES, D. A. Acesso ao cuidado do câncer de mama em um município baiano: perspectiva de usuárias, trabalhadores e gestores. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 169-181, jan.-mar. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNIDAL DA SAÚDE. **Agência Internacional de Pesquisa sobre Câncer**. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>. Acesso em: 16 mar. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Folha Informativa: Câncer**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094. Acesso em: 16 mar. 2021.

PAIVA, A. do C. P. C. *et al.* Cuidado de enfermagem na perspectiva do mundo da vida da mulher-que-vivencia-linfedema-decorrente-do-tratamento-de-câncer-de-mama. **Esc Anna Nery**, v. 24, n. 2, p. 1-7, 2020.

PORTELLI, A. O que faz a história oral diferente. **Proj. História**, São Paulo, v. 14, p. 25-39, fev. 1997.

SCANNAVINO, C. S. S. Psico-oncologia: atuação do psicólogo no Hospital de Câncer de Barretos. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 35-53, 2013.

SCHMIDT, B.; PALAZZI, A.; PICCININI, C. A. Entrevistas online: potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. **REFACS**, v. 8, n. 4, p. 960-66, out.-dez. 2020.

SETTE, C. P.; GRADVOHL, S. M. O. Vivências emocionais de pacientes oncológicos submetidos à quimioterapia. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 13, n. 2, p. 26-31, 2014.

SILVA, I. de J. *et al.* Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009.

TOMAZELLI, J. G.; GIRIANELLI, V. R.; SILVA, G. A. Mulheres rastreadas para câncer de mama: acompanhamento por meio dos sistemas de informações em saúde, 2010-2012, **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 27, n. 3, p. 1-10, 2018.

VENÂNCIO, J. L. Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 50, n. 1, p. 55-63, 2004.

VIEGAS, A. P. B.; CARMO, R. F.; LUZ, Z. M. P. da. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 24, n.1, p.100-112, 2015.

CONCILIAÇÃO TRABALHO-GRADUAÇÃO: UM OLHAR SOBRE OS IMPACTOS NA SAÚDE MENTAL

Ana Maria Tavares de Freitas¹
Lindoal Luiz de Oliveira²

RESUMO

O trabalhar e estudar constituem inúmeros desafios para vários estudantes que enfrentam essa perspectiva. As dificuldades advindas da concomitância dessas duas atividades ocasionam um conjunto de fatores estressores já que conciliar essa relação é desafiador para quem almeja um curso Superior, outra graduação ou ainda uma pós-graduação. O presente estudo objetivou discutir a relação entre o trabalhar e estudar, especialmente para os alunos que estudam noturnamente e exercem, concomitantemente, atividades laborais durante o dia. O estudo da hipótese partiu do pressuposto de que as demandas exigidas entre essas duas realidades podem gerar uma série de dificuldades e/ou impactos para o indivíduo, principalmente na saúde mental. Tratou-se de um estudo realizado por meio de levantamento bibliográfico, partindo dos conceitos de estresse no trabalho e na graduação. Verificou-se que muitas vezes o trabalhador-estudante teve como alternativas desistir do curso; conviver com fadiga, sono, dificuldade de concentração, perda de memória; estresse e ou enfrentar seus objetivos de forma resiliente. Conciliar trabalho/estudo mostrou ser uma condição desafiante e que requer superações que estão aquém das expectativas intrínsecas a cada um, dada a subjetividade do indivíduo. As dificuldades apontadas nas leituras que fundamentaram essa pesquisa, constataram-se que a sobrecarga laboral e acadêmica, a depender de variáveis nesse processo, interferem no processo de aprendizagem e/ou na saúde mental. Apesar de alguns estudantes, enfrentarem resilientemente essas duas realidades diametralmente opostas, há uma lacuna a ser preenchida através de estudos mais aprofundados, com pesquisas de campo, para validar a hipótese inicial do presente artigo.

Palavras-chave: Trabalho; Conciliação; Estresse, Saúde mental, Resiliência.

ABSTRACT

Working and studying are numerous challenges for many students who face this perspective. The difficulties arising from the concomitance of these two activities cause a set of stressing factors, since reconciling this relationship is challenging for anyone who seeks a higher education course, another graduation or even a post-graduation. The present study aimed to discuss the relationship between working and studying, especially for students who study at night and exercise, at the same time, work activities during the day. The study of the hypothesis was based on the assumption that the demands required between these two realities can generate a

1 Graduanda do Curso de Psicologia do UNIESP. E-mail: anita.tfreitas@gmail.com.

2 Prof. Orientador do curso de Psicologia do UNIESP. E-mail: prof736@iesp.edu.br.

series of difficulties and/or impacts for the individual, mainly in mental health. It was a study carried out through a bibliographic survey, based on the concepts of stress at work and at graduation. It was found that many times the worker-student had alternatives to withdraw from the course; live with fatigue, sleep, difficulty concentrating, memory loss; stress and or face your goals in a resilient way. Combining work/study proved to be a challenging condition and one that requires overcoming difficulties that fall short of the intrinsic expectations of each one, given the individual's subjectivity. The difficulties pointed out in the readings that supported this research, it was found that the work and academic overload, depending on variables in this process, interfere in the learning process and/or mental health. Although some students resiliently face these two diametrically opposed realities, there is a gap to be filled through further studies, with field research, to validate the initial hypothesis of this article.

Keywords: Work; Conciliation; Stress; Mental health, Resilience.

INTRODUÇÃO

O mercado de trabalho vem se tornando um grande desafio, reflexo de um mundo cada vez mais tecnológico, globalizado e competitivo. O trabalho, em si, traz grandes significados e relevância e isso varia de sujeito para sujeito. Como garantia de sobrevivência, requer dos indivíduos uma dedicação física e mental, que, curiosamente, nem sempre representa uma atividade significativa, capaz de garantir uma transformação à vida das pessoas (SCHYMURA, 2018).

Existem vários fatores que motivam um indivíduo a buscar uma graduação, dentre os quais podem ser citados a tentativa de mudar de profissão, a ampliação de oportunidades profissionais, a melhoria de salários e até mesmo o crescimento pessoal.

O trabalhar e estudar constituem inúmeros desafios para vários estudantes que enfrentam essa perspectiva. As dificuldades advindas da concomitância dessas duas atividades ocasionam um conjunto de fatores estressores já que conciliar essa relação é desafiador para quem almeja um curso Superior, outra graduação ou ainda uma pós-graduação. As demandas exigidas entre essas duas realidades podem gerar uma série de dificuldades para o indivíduo, na tentativa de conciliar suas atividades laborais com as exigências do estudo acadêmico (PEREIRA, 2018).

Conciliar trabalho e graduação é deveras desafiador, pois cada estudante tem sua subjetividade e sua particularidade que os tornam único, sendo a forma de assimilação de conteúdos inerente ao seu entendimento e, portanto, difíceis de mensurar. Segundo Borges (1997), o trabalho é rico de sentido individual e social. É

o meio pelo qual o indivíduo provê a sua subsistência criando sentidos existenciais ou até mesmo contribuindo para sua personalidade e identidade. O mesmo apresenta-se em uma variedade de ocupações, sendo objeto de diversificada classificação e glorificado tanto por defensores tradicionais do capitalismo, como pelos marxistas.

De acordo com Gondim (2002 apud BARDAGI *et al.*, 2008), a formação generalista e a ampliação das experiências práticas durante o Curso Superior seriam alternativas para atender à exigência de um perfil multiprofissional e proporcionar a maturidade pessoal e a identidade profissional necessárias para agir em situações de imprevisibilidade.

Muitos estudantes tentam buscar um curso de graduação que lhes garanta satisfação e estabilidade financeira diante de tanta concorrência, sendo mais desafiador ainda quando estes já estão inseridos no mercado de trabalho. Mesmo que se tenha uma rotina laboral, é possível fazer uma graduação que lhe seja concomitante e com dedicação? Até que ponto o estresse cotidiano pode trazer prejuízos à saúde mental e/ou aprendizagem dadas as demandas impostas por ambos?

Destarte Abrantes (2012) afirma que para os estudantes o trabalho tem um sentido de sobrevivência. Portanto, essa relação entre trabalho e estudo aparece como uma relação dicotômica. Estar inserido no mercado de trabalho possibilita suprir as necessidades e ter uma vida melhor. Como a autora destaca, conciliar estudo e trabalho não é uma tarefa fácil, pois os estudantes apontam que o trabalho dificulta os estudos e que por isso seus rendimentos no curso não são tão bons. As implicações do trabalho ao longo do curso de graduação e seus efeitos no rendimento acadêmico dos licenciandos ainda é um fator pouco discutido na literatura nacional.

Estudar não requer apenas leitura, mas todo um processo que envolve deslocamento, horários, diferentes professores e suas metodologias, aprendizagens diversas, avaliações, a dinâmica em sala de aula, convivência com os colegas, leituras exigidas que podem contribuir para uma sobrecarga psíquica e fisiológica no docente que estuda à noite após uma longa jornada de trabalho.

Lipp, Malagris e Novaes (2007), apud Sadir *et al.* (2010) afirmam que qualidade de vida é um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente a

ausência de doenças. As pessoas que se consideram felizes atribuem sua felicidade ao sucesso em quatro áreas (social, afetiva, saúde e profissional). O pouco tempo dedicado à família, em função do alto investimento no trabalho, pode acarretar a falta de suporte e de apoio quando necessários. Na área social, pode ocorrer o isolamento e a conseqüente falta de amigos, além do desencadeamento de sérios prejuízos à saúde da pessoa.

Dentro da classe dos problemas de saúde ocupacional, o stress tem sido visto como uma preocupação pelas sérias conseqüências que pode acarretar para a qualidade de vida do ser humano. Com isso, percebe-se que estudos que identifiquem variáveis pessoais capazes de interferir no nível de stress e na qualidade de vida dos indivíduos são de grande interesse para a literatura, a fim de se focar a prevenção secundária da saúde mental e favorecer a produtividade e o bem-estar físico e mental da população. (SADIR *et al.*, 2010)

Rodrigues (1997) traz uma definição de estresse como "uma relação particular entre uma pessoa, seu ambiente e as circunstâncias às quais está submetida, que é avaliada pela pessoa como uma ameaça ou algo que exige dela mais que suas próprias habilidades ou recursos e que põe em perigo o seu bem-estar". Afirma ainda que, no processo de avaliação dos estímulos estressores, há uma atividade mental que em parte é racional e em parte é emocional, não necessariamente consciente. Isso vai determinar o tipo de enfrentamento, ou como o indivíduo responderá a esses estímulos, considerando seu repertório de experiências passadas. Segundo o autor, os compromissos e as crenças são fatores pessoais que influenciam nesse processo de avaliação. Além desses, são também importantes os componentes situacionais dos estímulos, como o caráter de novidade da situação, a previsibilidade do acontecimento, sua intensidade, etc. O enfrentamento é definido como a estratégia ou o conjunto de esforços de que o indivíduo lança mão para dominar a situação estressante.

Este estudo teve por objetivo, através de revisão bibliográfica, discutir as estratégias e os desafios de conciliar trabalho e vida acadêmica, tendo em vista a elevada carga e os fatores estressores, especialmente nos alunos que cursam o período noturno e exercem, concomitantemente, atividades laborais durante o dia.

Assim sendo, fora desenvolvido um referencial teórico sobre a conciliação entre trabalho e estudo e seus desafios; as dificuldades enfrentadas pelos

estudantes e o fator disponibilidade para os estudos, bem como os fatores estressores que puderam interferir no trabalho e/ou no desempenho acadêmico, assim como as alternativas de enfrentamento para superá-los.

REFERENCIAL TEÓRICO

Considerações Iniciais

De acordo com Marx (1867), o trabalho, enquanto luta pela sobrevivência, remonta à origem e ao desenvolvimento da humanidade. A relação trabalho/poder faz parte desse processo ao longo da história onde alternadas formas dessas relações, incluíam escravidão e servidão. No decorrer do tempo, essas relações foram sendo modificadas bem como a sua dinâmica. A venda da força de trabalho começou a dar seus primeiros sinais a partir do século XII com o renascimento comercial e urbano. O sistema capitalista mostrou seus primeiros sinais e sua evolução culminou na transformação da maneira de fabricar produtos com o advento da mecanização.

À medida que a industrialização foi se expandindo, utilizando-se de novas tecnologias e se globalizando, o trabalho humano, gradativamente, foi acompanhando esse processo e se tornando cada vez mais exigente e especializado, havendo, portanto, na própria dinâmica do trabalho, a necessidade de se aperfeiçoar ou de se especializar ocasionando que muitos busquem freneticamente uma forma de ser absorvido pelo mercado para melhorar sua condição de vida ou até mesmo sobreviver (SILVA; SOARES, 2021).

De acordo com Dejours e Abdoucheli (1994), o trabalho tem impacto direto no aparelho psíquico do homem, pois segundo ele o ambiente e a dinâmica do trabalho ignoram as histórias pessoais de cada trabalhador, iniciando um conflito que pode vir a provocar disfunções pessoais e organizacionais. O trabalho ocupa uma grande parcela de tempo das pessoas, então entende-se que o mesmo deveria trazer certa realização, o que nem sempre se concretiza. (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

Para Luz (2008), o trabalho e sua significação para o desenvolvimento do ser humano, tem uma importância fundamental na obra de Karl Marx. Dessa forma, na crítica feita ao capitalismo, o filósofo alemão analisou o papel que o trabalho humano

representa, tanto para o desenvolvimento quanto para a própria sobrevivência desse sistema.

Assim, partindo da concepção de que o trabalho tem um papel de extrema importância no desdobramento das potencialidades do ser humano, de que, ao modificar a natureza pelo trabalho, também o ser humano é modificado por ela, num processo de interação constante, que leva o ser humano a estágios cada vez mais elevados de desenvolvimento, Marx pôde formular a sua crítica do trabalho alienado – forma de trabalho essa que tem a prerrogativa de impedir esse desenvolvimento.

A condição emancipadora do trabalho, segundo Mendes (2008), tem sido prejudicada no contexto da sociedade capitalista contemporânea em que imperam as leis da racionalidade econômica e seus princípios de produtividade, de flexibilidade e de consumo. Em nome da sobrevivência, da segurança e da “manutenção” do emprego, os trabalhadores se sujeitam a condições contraditórias impostas pela organização do trabalho – fazer mais versus fazer bem; trabalhar em equipe versus trabalhar sozinho; atender a normas em que não acredita versus perder o emprego; cooperar versus sobrecarregar-se; denunciar práticas das quais discorda versus silenciar – ao invés de resistirem à trama de dominação e de exploração do capital. Com isso, acompanha-se uma precariedade no atual mundo do trabalho, dito flexibilizado, transformando o sentido de emancipação em escravidão.

Recorrendo ao vocabulário marxista, Peyon (2018) afirma que o que ocorreu foi a transição do trabalho concreto para o trabalho abstrato, ou seja, o trabalho deixava de ser uma atividade que faz sentido, na qual o trabalhador conhece o produto por ele realizado bem como sua utilidade social, e tornava-se mera troca de tempo trabalhado por salário, perdendo sua relação com a utilidade social e tornando-se abstrato, ou seja, sem tangibilidade.

Podemos indicar que, com a quantificação cada vez maior dos objetivos do trabalho na contemporaneidade, o mundo das metas superou definitivamente o mundo da utilidade e do valor daquilo que é produzido no trabalho, dado o grau de burocracia, de fragmentação e também de automatização das atividades laborativas. Não importa o que se faz, importa alcançar a meta e “passar” na auditoria e na avaliação de desempenho, recebendo como contrapartida o salário e eventuais bônus por produtividade. (PEYON, 2018)

Tombolato (2015) afirma que a rotina diária de muitos jovens e adultos que vivem a situação simultânea de ser trabalhador e estudante universitário encontra condições peculiares no Brasil. No mundo moderno, o trabalho tornou-se um valor central e a escolaridade tem sido um diferencial competitivo de inserção no mercado de trabalho, o que tem elevado progressivamente à busca pelo ensino superior, contando com a exigência, para alguns, de se manterem em dupla-jornada de trabalho e estudo.

É interessante lembrar que, para Freud (1930/1968) (*apud* Tombolato, 2015, p 16), a atividade profissional escolhida de acordo com disposições e interesses internos é um dos modos do indivíduo obter a satisfação de suas necessidades pulsionais, o que lhe possibilita considerar ou não seu trabalho como estimulante e gratificante. Além disso, a atividade profissional também parece ser uma das maneiras mais eficazes de inserir o indivíduo na realidade à sua volta, orientando-o e vinculando-o a determinados grupos.

Segundo Terribili Filho e Rphael (2009), o estudante do ensino superior noturno, em geral, trabalha durante o dia e se desloca diretamente de seu local de trabalho para a instituição de ensino. Por isso, chega cansado para a realização de atividades discentes. Independentemente de postura protecionista, as dificuldades cotidianas no percurso e o tempo despendido pelo estudante, em função de trânsito e transportes, aliadas às condições de alimentação inadequadas e à violência urbana comprometem as condições física, psíquica e emocional do estudante.

Partindo desse contexto, os estudantes, em sua maioria, têm diante de si muitos desafios a serem enfrentados. O mercado sempre mais competitivo e exigente motiva que muitos busquem se adequar a ele. Se a tarefa de apenas estudar, de se profissionalizar e de ser absorvido no mercado é cada vez maior, o que dizer dos estudantes que tentam conciliar trabalho e graduação? Para aqueles que já trabalham e tentam investir na vida acadêmica, os desafios são maiores, não só pela rotina laboral, mas pelas exigências do curso em si.

Ferreira (2009) afirma que, durante a faculdade, o estudante se depara com problemas antes não vivenciados. À proporção que a rotina de estudos aumenta, e a jornada na faculdade fica mais intensa, o estudante fica vulnerável ao desenvolvimento de uma sobrecarga psicológica, o que pode influenciar no comportamento dele, desencadeando alguns tipos de transtornos, como por exemplo, os transtornos de ansiedade ou transtornos ansiosos.

Ferraz e Pereira (2002) afirmam que a transição para a universidade coloca em destaque os problemas dos alunos, contribuindo para o desenvolvimento de níveis mais elevados de ansiedade e stress. A uma certa fase da vida, o jovem é confrontado com tarefas específicas e com experiências tais como o estabelecimento de relações mais íntimas, a autonomização em relação à família, a gestão do tempo e do dinheiro e o contato social mais alargado, constituindo assim verdadeiros desafios que exigem mudanças, de forma a possibilitar a sua adaptação. A qualidade dessa adaptação pode ser um fator fundamental para a saúde mental do indivíduo.

Com significações distintas, a conciliação entre o trabalho e estudo visando a um futuro melhor, perpassam a vida de muitas pessoas gerando dificuldades e desafios. Portanto, tendo em vista a obtenção de resultados, foram propostas indagações com questões subjetivas, partindo das experiências dos estudantes no trabalho e no estudo para analisar como conciliam esses dois elementos, e se quanto ao rendimento acadêmico, os professores da Universidade consideram o perfil dos estudantes trabalhadores, facilitando a inserção destes no mundo acadêmico. (ABRANTES, 2012)

Vargas e Paula (2013), em sua experiência profissional, confirma que grande parte das dificuldades e mesmo do insucesso escolar de seus alunos recaem sobre a dificuldade de conciliação entre estudo e trabalho. Afirma haver desperdício e cassação de sonhos anualmente e existirem todos os dias milhares de estudantes esgotados, frustrados e impotentes perante obrigações de trabalho e escolares inconciliáveis. Mesmo desprovidos de apoio, o trabalhador-estudante e o estudante-trabalhador brasileiros tentam ingressar no Ensino Superior. A retórica legal e política supostamente ampara esse projeto, seja sob o signo da diminuição das desigualdades sociais, seja pelo da democratização da educação superior.

No entanto, os estudantes de escolas públicas estão mais suscetíveis a desistirem antes de concluírem. As crises vivenciadas pela universidade não estão descoladas dos acontecimentos e transformações da sociedade, nos contextos nacional e internacional. Nesse sentido, a falta de prioridade no estabelecimento de políticas públicas para a universidade é resultado de um arrefecimento nas proposições de políticas sociais (educação, saúde, previdência) devido às diretrizes neoliberais, que a partir dos anos 80 se internacionalizaram. Em decorrência desse

modelo de desenvolvimento, as debilidades institucionais da universidade pública foram mais facilmente explicitadas e, ao contrário de servirem para a elaboração de um programa político-pedagógico de reforma da universidade, tal exposição serviu “para justificar a abertura generalizada do bem público universitário à exploração comercial” (SANTOS, 1995).

De acordo com Freire (1983 apud FRANÇA; RODRIGUES, 1999, p. 22):

O ser humano é um todo biológico, ecológico e socialmente determinado. E seu bem-estar – além de físico, psicossocial – está dependente e relacionado a situações que o envolve, como membro de um grupo em particular, e de uma comunidade, e mais do que isto, de um sistema sociocultural em geral, não apenas de sua herança biológica ou de fatores ecológicos.

Ao abordarmos os conceitos de trabalho e estudo, percebemos que as implicações sociais são determinantes para que essa conciliação traga bons resultados. Isso porque o estudante que trabalha tem menos tempo para se dedicar aos estudos e às demandas do curso.

Abrantes (2012) relata acerca dos motivos que fizeram o trabalhador tornar-se um estudante do ensino superior, tendo constatado que, na maioria das vezes, ao se tornar um trabalhador estudante ou estudante trabalhador, os principais objetivos eram a busca pela oportunidade de melhorar a posição no trabalho e a estabilidade financeira, de modo que ainda que trabalhem procuram manter a dedicação ao estudo e o compreendem como algo positivo na vida. Desse modo, tanto o estudo quanto o trabalho são para esses estudantes a oportunidade de adquirirem melhor qualidade de vida.

A Conciliação Entre Estudo E Graduação

Trabalhar e estudar torna a vida do estudante universitário mais desafiante ainda. A sobrecarga de trabalho e o pouco tempo para dedicação aos estudos corroboram com a visão dos autores anteriormente citados. Certas demandas acadêmicas são aspectos característicos da vida universitária tais como o excesso de carga horária de estudo, o nível de exigências em relação ao processo de formação, a adaptação a um novo contexto, novas rotinas de sono, novas demandas de organização de tempo e estratégias de estudo, etc. Tais aspectos podem se

constituir como estressores, pois demandam do estudante um repertório comportamental para se organizar e conseguir enfrentar tais exigências. Quando há um déficit nesse conjunto de habilidades e competências, é provável que esses estressores sejam vivenciados com maior intensidade pelo aluno. (ARIÑO; BARDAGI, 2018)

De acordo com Nagai (2009), os estudos realizados no Brasil e no mundo têm mostrado os efeitos negativos do trabalho no sono e sonolência de jovens que trabalham e estudam. Devido a longas jornadas de trabalho, relatos de sonolência excessiva durante o trabalho e também nas aulas são mais comuns entre estudantes trabalhadores do que entre os não trabalhadores. Outras queixas frequentemente relatadas são: dificuldades de atenção e concentração, problemas de sono, diminuição no tempo utilizado para realizar as tarefas escolares e atividades físicas, maior incidência de uso de substâncias estimulantes e de bebidas alcoólicas, e relatos frequentes de fadiga.

O estudante que trabalha, conforme Moreira, Lima e Silva (2011), possui características individuais que precisam ser avaliadas e trabalhadas de maneira adequada, já que na maioria dos casos esses alunos demonstram dificuldades em relação à atenção, à concentração e à aprendizagem, fato que muitas vezes possui relação com o cansaço e o estresse.

Através de alguns programas de inclusão educacional superior como o Financiamento Estudantil (FIES) e Programa Universidade para todos (ProUni) pessoas de rendas mais baixas puderam ingressar no nível superior, porém, para manter-se estudando, esses universitários precisam recorrer a um emprego (se antes já não o possuíam) para arcar com custos como transporte, alimentação e materiais didáticos. Para muitos, essa é uma tarefa altamente complexa e, por esse motivo, muitos terminam por ter baixo desempenho acadêmico ou, em casos mais acentuados, acabam trancando a matrícula.

O Estresse E Suas Implicações

Para Gazanniga (2018), estresse é um componente básico em nossa vida diária. Entretanto, ele não existe objetivamente no mundo externo. Ao contrário, resulta diretamente da forma com que pensamos acerca dos eventos em nossa vida.

A exemplo disso, podem-se citar alguns estudantes que vivenciam as provas finais como eventos muito estressantes e que por esse motivo com frequência ficam doentes nessa época, enquanto outros percebem as mesmas provas finais como meras inconveniências, ou até mesmo como oportunidades para demonstrar domínio do material.

De acordo Straub (2014), o modelo mais influente que descreve o estresse como processo é o modelo transacional (também chamado de modelo relacional), proposto, segundo ele, por Richard Lazarus e Suzan Folkman (1984). A ideia fundamental subjacente a esse modelo é que não podemos compreender completamente o estresse examinando eventos ambientais (estímulos) e pessoas (respostas) como entidades separadas; em vez disso, devemos considerá-los em conjunto como uma transação na qual cada indivíduo deve se ajustar de forma contínua aos desafios cotidianos.

Segundo o modelo transacional,

O processo do estresse é desencadeado sempre que os estressores excedem os recursos pessoais e sociais que o indivíduo é capaz de mobilizar para enfrentá-los. Se os recursos de enfrentamento forem suficientemente fortes, não haverá estresse, mesmo que – para outra pessoa – a situação pareça insuportável. No entanto, se os recursos de enfrentamento forem fracos e ineficazes, haverá estresse, mesmo que – para o indivíduo – as demandas da situação possam ser cumpridas com facilidade. (STRAUB, 2014 p. 87)

Embora os hormônios do estresse sejam essenciais para a saúde normal, a longo prazo eles afetam a saúde negativamente. Pessoas que têm trabalhos muito estressantes – como controladores de tráfego aéreo, soldados combatentes e bombeiros – tendem a ter muitos problemas de saúde que possivelmente se devem em parte aos efeitos do estresse crônico. Há evidências irrefutáveis de que o estresse crônico, especialmente o psicossocial, está associado ao início e à progressão de uma ampla variedade de doenças, desde câncer, aids até doenças cardíacas (COHEN; MILLER, 2007; MCEWEN; GIANAROS, 2011; THOITS, 2010 apud GAZANNIGA, 2018).

O processo de transformação do sofrimento em adoecimento, segundo Camargo e Neves (2004), inclui vários elementos como ritmos de trabalho, multiplicação de tarefas, gestão por metas, entre outros. O trabalho é um componente que pode atuar como proteção à saúde, como gerador de prazer,

reconhecimento, entre outros. Entretanto, suas condições podem gerar malefícios à saúde como sofrimentos e doenças.

De acordo com Hespanhol (2005), quando se discute o estresse, tem-se que refletir não só sobre três grandes aspectos conceituais, mas também nas intervenções que visam a reduzir ou eliminar as suas causas ou ajudar os trabalhadores a lidar o mais adequadamente com situações de stress. A nível de Organização, as intervenções podem ser direcionadas para a implementação de novos modelos, para a realização de uma formação e de uma seleção de profissionais adequados e para a melhoria das características físicas do local do trabalho e do próprio trabalho.

Cooper (1993), apud Hespanhol (2005), evidencia cinco categorias de causas de stress ocupacional, quanto à sua natureza: intrínsecas ao trabalho, papel na organização, progressão na carreira, afinidades no trabalho, estrutura e clima organizacional. Na primeira categoria, causas intrínsecas ao trabalho, existem dois grupos de fatores: as condições físicas do trabalho e os requisitos das tarefas do trabalho. O primeiro grupo, as condições físicas, refere-se ao barulho, à vibração, às temperaturas extremas (incluindo a humidade e a ventilação inadequadas), à iluminação, aos fatores higiénicos e ao clima. O segundo grupo, os requisitos das tarefas, refere-se ao trabalho por turnos ou ao trabalho noturno, à sobrecarga de trabalho (incluindo a introdução de nova tecnologia sem reciclagem adequada e o trabalhar horas excessivas), à monotonia no trabalho, à exposição a riscos e a perigos, à responsabilidade por vidas e às viagens. Nas viagens, incluímos os percursos de ida e de volta do trabalho, o congestionamento do trânsito, as demoras nos transportes públicos, as viagens em más condições atmosféricas como parte integrante da profissão. Segundo esses autores, a autonomia pode aliviar o estresse potencialmente causado pela ambiguidade de papel. Relativamente à coesão de grupo, nos grupos pouco coesos a relação entre a ambiguidade de papel e a baixa autoestima é maior do que nos grupos muito coesos, enquanto que nestes é maior a relação entre a ambiguidade de papel e a insatisfação profissional.

No nível da Relação Indivíduo-Organização, essas intervenções podem ser direcionadas para as relações no trabalho, para os papéis dos profissionais e para a participação e a autonomia laborais. Finalmente, essas intervenções podem também ocorrer a nível do próprio indivíduo, através de diversas atividades que visam a

prevenir ou a reduzir o stress, como por exemplo: a monitorização constante pelo indivíduo da quantidade de estresse e de seus efeitos em si próprio; a abertura à ajuda pelos outros, através da participação em grupos de apoio ou de discussão, tanto a nível privado como profissional; a psicoterapia; as técnicas de relaxamento e o apoio médico. Na literatura médica internacional, estão já descritas diversas intervenções desse tipo a nível de estresse dos clínicos.

Situações estressantes e respostas do indivíduo ao estresse, segundo França e Rodrigues (2005), podem estar associadas a muitos aspectos negativos. Com muito mais frequência, associa-se o estresse a situações indesejáveis e somos bombardeados com informações que assinalam que ele é uma das maiores causas de nossos problemas e que deve ser erradicado de nossas vidas. O excesso de estresse pode resultar em consequências muito danosas, mas o excesso de sal ou de açúcar também pode ser desagradável e ameaçador ao adequado funcionamento do organismo humano. E, da mesma forma que podemos equilibrar a quantidade de sal e açúcar em nossa dieta, podemos aprender a lidar com nosso estresse. (FRANÇA; RODRIGUES, 2005)

É interessante salientar que o estudo do estresse tem sido dominado pela perspectiva clínica, como um fenômeno psicofisiológico decorrente da percepção individual de desajustes entre as demandas do ambiente e a capacidade de respostas do indivíduo. Nessa perspectiva, o estresse tem consequências fisiológicas, psicológicas e comportamentais que são mediadas pela percepção, com foco na susceptibilidade do indivíduo, cujas intervenções são dirigidas para o desenvolvimento de estratégias individuais de enfrentamento. Por outro lado, estudos sobre a saúde do trabalhador enfatizam a prevenção primária no local de trabalho por meio de identificação e de modificação de condições laborais que possam constituir perigo para a saúde. (REIS; FERNANDES; GOMES, 2010).

Desta forma, a revisão integrativa pretende discutir as estratégias de conciliar trabalho e vida acadêmica, mostrando a exposição dos alunos a fatores estressores que podem influenciar o desempenho acadêmico e a saúde mental.

METODOLOGIA

Uma revisão integrativa (RI) é um método específico que resume o passado da literatura empírica ou teórica, para fornecer uma abrangente compreensão de um

fenômeno particular. Essa técnica de pesquisa tem o objetivo de idealizar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas sobre um assunto determinado e possibilita a síntese de vários estudos publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos pautados nos resultados embasados cientificamente (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Trata-se de um estudo que consiste em analisar diferentes referenciais teóricos e associá-los ao tema norteador. Segundo Botelho; Cunha; Macedo (2011), a revisão integrativa tem a finalidade de resumir as fontes literárias publicadas ao longo do tempo, podendo incluir estudos teóricos ou empíricos, com o propósito de avaliar, analisar e sintetizar o conhecimento já constituído, permitindo gerar novos conhecimentos sobre determinado tema ou questão.

A relevância da revisão integrativa está no rigoroso procedimento metodológico constituído em seis fases claramente definidas: Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; Estabelecimento de critérios de inclusão, exclusão; Identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; Categorização dos estudos selecionados; Análise e interpretação dos resultados e, por último, Apresentação da revisão/ síntese do conhecimento.

O procedimento inicial consistiu em aplicar a técnica PICO para definir a questão de pesquisa. PICO representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “Outcomes” (desfecho). No caso, P – estudantes de nível superior; I – Conciliação entre trabalho e estudo e suas implicações; C – nenhuma intervenção; O – espera-se que uma melhor compreensão para que possam ser desenvolvidas técnicas de conciliação.

Para o levantamento da literatura, foi realizada a busca nas bases de dados Google acadêmico, BVS, Scielo, Bireme, Medline, a partir da combinação dos seguintes termos: “trabalho”, “estudo”, “saúde mental”, “depressão”, “ansiedade”. Como critérios de inclusão, destacam-se: artigos publicados apenas em periódicos indexados; trabalhos publicados nos idiomas inglês, espanhol e português; e, ainda, trabalhos empíricos, teóricos e de revisão acerca do tema. Excluídos estão diversos tipos de trabalhos, tais como artigos não indexados, teses, dissertações, resenhas, livros e capítulos de livros. Foi realizado um recorte temporal no período de publicação de 2010 a 2020.

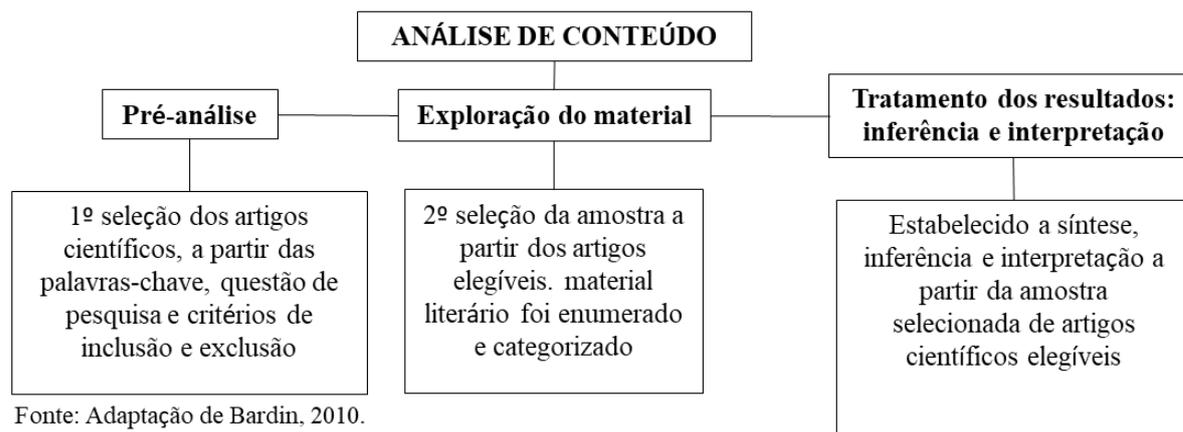
A busca nas bases de dados eletrônica foi realizada mediante um instrumento de coleta de dados (quadro) contendo as seguintes variáveis: “autor”, “ano”, “título e tipo de estudo”, “objetivos” e “resultados”. Após o levantamento das publicações, ocorreu a leitura dos resumos, sendo analisados conforme os critérios de inclusão e exclusão. Os trabalhos selecionados para compor a amostra foram recuperados na íntegra, sendo posteriormente analisados.

Para a obtenção dos resultados, foram utilizadas diferentes fontes, leituras diversas, análise de resultados de pesquisas com o objetivo de coletar dados e de interpretá-los para corroborar com o tema norteador.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na análise dos dados, foi aplicada a técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin (2010): pré-análise, exploração do material e Tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

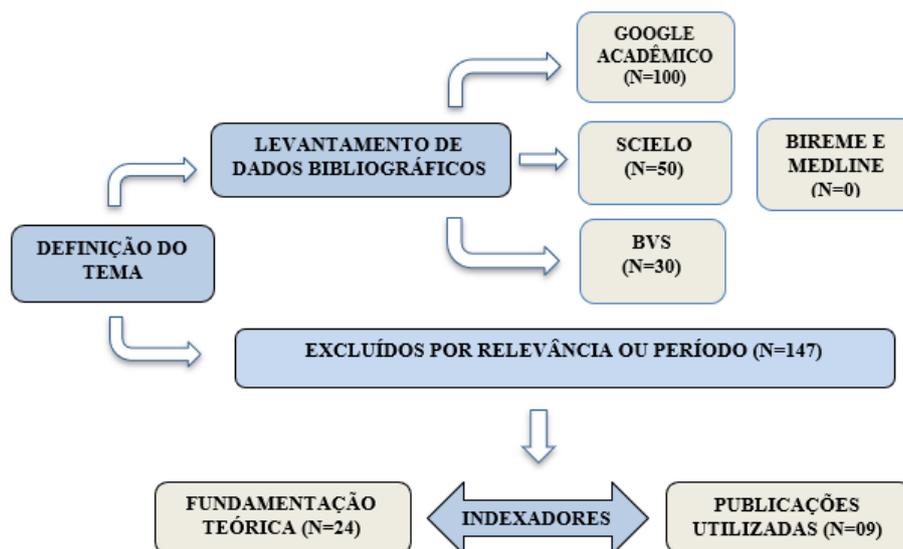
Figura: Etapas da análise de dados qualitativa segundo Bardin (2010, p. 102))



Fonte: Adaptação de Bardin, 2010.

Segue o processo de identificação dos estudos e registro, elaborado a partir da pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2010):

Figura 2: O fluxograma da seleção dos estudos da revisão integrativa



Fonte: própria pesquisa, 2021

Dentre os artigos, teses e dissertações, foram incluídos na revisão integrativa da literatura 24 estudos empíricos, com critérios que responderam ao tema, sendo excluídos 147 títulos ou resumos por estarem fora dos critérios de pesquisa e foram escolhidos 09 estudos para análise crítica dos resultados.

Perante os dados apresentados, foi possível verificar que os artigos aceitos para avaliação e análise foram publicados nos últimos 10 anos (2010 – 2020), estando as publicações concentradas no recorte temporal de 2012 e 2017. A amostra revela que a metodologia utilizada, nos Títulos (T) 1, 4, 5, 6, 8 e 9 foi a descritiva e exploratório, sendo o 2 um recorte transversal/descritiva e o 3 uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa. Predominam as publicações em formato de artigo, exceto o 7 que se trata de uma tese.

Diante dos resultados das pesquisas elencadas para este estudo e, para discussão e análise dos artigos, dividimo-los em categorias levando em consideração: a) os Aspectos socioeconômicos da vida do trabalhador-estudante; b) Os desafios de conciliar trabalho e a vida acadêmica e c) As exigências laborais e acadêmicas e o impacto na saúde mental do trabalhador-estudante, incluídos nas Tabelas 1, 2 e 3.

Tabela 1: Publicações utilizadas na **categoria 1:** aspectos socioeconômicos do trabalhador-estudante

	AUTORIA/ANO	TÍTULO/TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS
T1	GUALBERTO Lucas e RODRIGUES André (2017)	Impacto do trabalho no desempenho dos licenciandos no ENADE <u>Estudo descritivo</u>	Discutir os impactos do trabalho no desempenho durante o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) nos cursos de Licenciatura em Física, Química, Matemática e Ciências Biológicas.
T2	DUTRA-THOMÉ, Luciana; PEREIRA Anderson Siqueira E KOLLER Silvia Helena (2016).	O Desafio de Conciliar Trabalho e Escola: Características Sociodemográficas de Jovens Trabalhadores e Não-trabalhadores <u>Recorte transversal / descritiva</u>	Contribuir com a psicologia como ciência, no que tange ao entendimento da relação entre o trabalho e a vida escolar de jovens. Esse estudo investigou características educacionais e sociodemográficas de jovens brasileiros trabalhadores e não-trabalhadores, pertencentes a classes sociais populares, analisando semelhanças e diferenças entre os grupos.
T3	MAIER, Suellen Rodrigues de Oliveira e MATTOS, Magda. (2016)	O trabalhar e o estudar no contexto universitário: uma abordagem com trabalhadores-estudantes <u>Pesquisa de campo com abordagem qualitativa</u>	Identificar as estratégias elaboradas pelos acadêmicos que são trabalhadores-estudantes, profissionais Técnicos em Enfermagem, inseridos no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso – Campus Sinop
T4	BROCCO, Ana Karina; ZAGO Nadir (2016)	Relação estudo e trabalho entre universitários bolsistas de camadas populares <u>Estudo descritivo</u>	Apresentar resultados de uma pesquisa sobre a relação entre estudo e trabalho para universitários provenientes de famílias com reduzidos recursos econômicos e culturais, que são beneficiários de bolsa de estudo.

Fonte: dados da própria pesquisa, 2021.

Na **Tabela 1**, foram levados em **consideração os aspectos socioeconômicos** e seus impactos na vida do trabalhador-estudante, e, as pesquisas analisadas (T1, T2, T3, T4) apontam semelhanças e contradições no que se refere a essa temática.

O **T1** apontou que, na maioria dos casos, os estudantes mesmos trabalhando não ganham total autonomia frente à família e à tão desejada independência financeira. Segundo os autores indicados no estudo, esses estudantes trabalham, não por necessidade, mas sim porque querem. (GUALBERTO; RODRIGUES, 2017)

Em contrapartida, os estudos apresentados no **T2** partiram do entendimento de que a experiência laboral pode afetar a dedicação dos jovens aos estudos, especialmente quando estes acumulam responsabilidades e precisam assumir compromettimentos precoces, como pagar as suas próprias contas ou auxiliar na renda familiar e que há uma dicotomia entre trabalhar e estudar e nem sempre essa conciliação se torna eficaz na vida do estudante. (DUTRA-THOMÉ; KOLLER, 2016)

O **T3** demonstrou que trabalhar e estudar parte do conceito de que este estudante, independente financeiramente, colabora para o orçamento doméstico, haja vista, segundo os autores, que a família não dispõe de recursos para mantê-lo. Entretanto, ao mesmo tempo, aponta que, o ato de regressar à condição de estudante pode ser motivado por diversos fatores dentre os quais o retorno às salas de aulas é caracterizado como um marco desafiador na vida do trabalhador, visto que sair daquela condição exclusiva de agente efetivo da ação, durante a execução da atividade laboral, e passar a ser o agente da ação de desvelar o conhecimento, exige-lhe determinação, dedicação, disciplina e tempo, características difíceis de serem agregadas ao estudante que trabalha. (MAIER; MATTOS, 2016)

O estudo do **T4** difere dos demais, pois apresenta uma pesquisa fundamentada em informações oriundas do banco de dados de uma universidade comunitária, que permitiram uma caracterização socioeconômica dos beneficiários de bolsas de estudo na instituição investigada e que, para aprofundar as informações sobre o tema e na perspectiva dos estudantes, se apoiaram em entrevistas realizadas com um grupo de onze bolsistas inscritos em diferentes cursos de ensino superior. Levou-se em consideração nesse trabalho, o fato de que a pesquisa apresentou a relação entre estudo e trabalho para universitários provenientes de famílias com reduzidos recursos econômicos e culturais, que são beneficiários de bolsa de estudo (BROCCO; ZAGO, 2016).

Analisando-se os 4 artigos citados anteriormente, concluímos que os aspectos socioeconômicos têm impactos relevantes na vida do trabalhador-estudante, uma vez que a análise das pesquisas demonstra não apenas a necessidade de se trabalhar, mas também a dificuldade que esse estudante apresenta no percurso, o que muitas vezes interfere na aprendizagem e até na própria desistência do curso conforme foi apontado nas pesquisas e nos estudos apresentados pelos autores.

Para avaliarmos a **categoria 2, os desafios de conciliar trabalho e a vida acadêmica**, tomamos como ponto de partida os estudos apresentados no **T1, T2, T4 e T5**, apontadas na **Tabela 2**.

Tabela 2: Publicações utilizadas na **categoria 2:** os desafios de conciliar trabalho e vida acadêmica

	AUTORIA/ANO	TÍTULO/TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS
T1	GUALBERTO Lucas e RODRIGUES André (2017)	Impacto do trabalho no desempenho dos licenciandos no ENADE <u>Estudo descritivo</u>	Discutir os impactos do trabalho no desempenho durante o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) nos cursos de Licenciatura em Física, Química, Matemática e Ciências Biológicas.
T2	DUTRA-THOMÉ, Luciana; PEREIRA Anderson Siqueira E KOLLER Silvia Helena (2016).	O Desafio de Conciliar Trabalho e Escola: Características Sociodemográficas de Jovens Trabalhadores e Não-trabalhadores <u>Recorte transversal / descritiva</u>	Contribuir com a psicologia como ciência, no que tange ao entendimento da relação entre o trabalho e a vida escolar de jovens. Esse estudo investigou características educacionais e sociodemográficas de jovens brasileiros trabalhadores e não-trabalhadores, pertencentes a classes sociais populares, analisando semelhanças e diferenças entre os grupos.
T5	OLIVEIRA, Adriana Leônidas de; GODOY, Monique Marques da Costa. (2015)	O processo de resiliência do jovem aprendiz e as estratégias de conciliação estudo-trabalho <u>Estudo exploratório, qualitativo e de campo</u>	Identificar os fatores de risco e de proteção e as estratégias de enfrentamento para analisar o processo de resiliência.
T6	FONTANA, Rosane Teresinha e BRIGO Lariane (2012)	Estudar e trabalhar: percepções de técnicos de enfermagem sobre esta escolha <u>Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa</u>	Identificar percepções de técnicos de enfermagem que vivenciam a experiência de trabalhar em um turno e estudar em outro.

Fonte: dados da própria pesquisa, 2021.

Os estudos do **T1** diferem dos analisados no **T2**, no **T5** e no **T6** quanto ao tema conciliar trabalho e estudo, pois analisa os efeitos e impactos do trabalho no desempenho no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE) dos estudantes em alguns cursos de Licenciatura em Física, Química, Matemática e Ciências Biológicas. De acordo com Gualberto e Rodrigues (2017), em todos os cursos analisados, o desempenho dos estudantes que trabalham é inferior frente aos que não trabalham. Entretanto, ao longo desse estudo, apesar de ser observada uma diferença entre as médias de todos os cursos entre aqueles que trabalham e

não trabalham essa diferença não é tão expressiva quanto se imaginava ou quanto algumas pesquisas citadas pelos autores.

Nos estudos do **T2** foram observadas diferenças em relação às variáveis educacionais entre jovens trabalhadores e não-trabalhadores, o que, à primeira vista, demonstraria que a entrada precoce dos jovens no mercado de trabalho pode prejudicar suas vidas acadêmicas e, posteriormente, que estes consigam trabalhos com melhores remunerações. Entretanto, o mesmo estudo conclui que se deve levar em conta que existem outros fatores que podem influenciar esse resultado, visto que, muitas vezes, as dificuldades escolares podem advir de problemas que antecedem a entrada dos jovens no mercado de trabalho, como a baixa estimulação da família para o estudo, professores desmotivados no ensino público e escassos recursos financeiros familiares. (DUTRA-THOMÉ; KOLLER, 2016)

Os estudos apresentados no **T5** trouxeram como resultados a conciliação feita pelos jovens aprendizes entre trabalho e escola e a como eles percebem seu cotidiano e tempo disponível. A conciliação trabalho-escola é vista por eles como muito complicada, estressante e difícil principalmente no início das atividades. Entretanto, o mesmo estudo demonstrou que, apesar de fatores de riscos tais como o cotidiano corrido, a ausência no ambiente familiar e as figuras fraternas negativas, que confundem a função do jovem aprendiz, foram identificados ainda importantes fatores de proteção: boa aceitação de si mesmo; figuras fraternas positivas que os ajudam a conciliar trabalho-estudo e a manejar o estresse do cotidiano; tendências positivas, que os levam a buscar a construção de seu futuro profissional, e as representações e vantagens que o atual emprego lhes oferece. (OLIVEIRA; GODOY, 2015)

A pesquisa do **T6**, trata-se de um estudo específico sobre a experiência trabalho-estudo no curso de enfermagem. A mesma mostrou que há algumas variáveis apontadas pelos autores que diferem dos apresentados no **T1** e **T2**. Segundo Fontana e Brigo, 2017, em se tratando das principais dificuldades por esses acadêmicos, a sonolência diurna é prevalente. A fadiga é a segunda dificuldade citada e vem a ser uma consequência da falta de tempo para dormir. Em decorrência desses fatores, manter a concentração durante o período de aula e de estágios pode configurar-se como uma dificuldade para os sujeitos, com isso, prejudicar o aprendizado. Porém, o próprio estudo aponta que há divergências

acerca dessa situação. Em uma avaliação da percepção do sono e da fadiga, comparando-se trabalhadores de enfermagem de turnos diferentes, foi demonstrado que, mesmo trabalhando em dois empregos e em turnos diferentes, isso não se mostrou significativo para a fadiga na rotina do trabalhador com mais de 10 anos na profissão e que trabalham em turno noturno, assim como entre aqueles trabalhadores com dois empregos; ao contrário, profissionais que trabalham em um único turno diurno e com menos tempo na carreira mostraram-se mais fatigados. (FONTANA; BRIGO, 2012)

No que tange aos desafios em conciliar trabalho e vida acadêmica, é possível inferir que as dificuldades e as tentativas de superação dos obstáculos são inúmeras. Ariño e Bagardi (2018) falam sobre a sobrecarga que essa conciliação pode trazer, principalmente no que tange ao nível de exigência de ambos, gerando um déficit nas habilidades e competências do aluno. Sobre esse aspecto, Nagai (2009), mostra que os impactos negativos, devido a longas jornadas de trabalho, sonolência excessiva são mais comuns entre estudantes trabalhadores do que entre os não trabalhadores. Na maioria dos casos esses alunos demonstram dificuldades em relação à atenção, à concentração e à aprendizagem, fato que muitas vezes possui relação com o cansaço e o estresse. (MOREIRA; LIMA; SILVA, 2011).

Sobre a **categoria 3, as exigências laborais e acadêmicas e o impacto na saúde mental do trabalhador-estudante**, tomemos como base os estudos feitos no **T7**, no **T8** e no **T9**.

Tabela 3: Publicações utilizadas na categoria 3: As exigências laborais e acadêmicas e o impacto na saúde mental do trabalhador-estudante

	AUTORIA/ANO	TÍTULO/TIPO DE ESTUDO	OBJETIVOS
T7	MOTA, Íris Dantas da; FARIAS, Gelcemar Oliveira; SILVA, Rudney da; FOLLE, Alexandra. (2017)	Síndrome de burnout em estudantes universitários: um olhar sobre as investigações <u>Estudo descritivo</u>	O exagero e a exacerbação de tarefas acadêmicas, aliados à conciliação de estudo e trabalho, podem levar estudantes a apresentarem alguns sintomas da Síndrome de Burnout. Descritivo
T8	CABRAL, Elen Soraia de Menezes (2016)	Juventudes, trabalho e escola: interfaces com a saúde (TESE) Estudo exploratório e descritivo	Identificar fatores relacionados à sobreposição de trabalho e estudo que facilitam ou dificultam a vivência cotidiana das demais dimensões da vida do jovem; Descrever quais estratégias eles constroem em seu cotidiano para essa conciliação.
T9	SILVA, B. E. D., ALMEIDA, J. E. A. de, GADELHA, M. J. N.,	A influência do trabalho no nível de estresse em estudantes de psicologia	Mapear o nível de estresse apresentado pelos graduandos do curso de Psicologia e seus efeitos

	MELO, T. G. R., & CABRAL, S. A. A. de O. (2016)	<u>Estudo descritivo</u>	consequentes, sejam eles físicos e/ou psíquicos. Comparação entre nível de estresse de graduandos que somente estudam e em graduandos que também trabalham.
--	---	--------------------------	---

Fonte: dados da própria pesquisa, 2021.

Na pesquisa apresentada no **T7**, vimos que a produção acadêmica e a produção científica têm contribuído para o diagnóstico e para a mediação da intervenção dos sintomas da Síndrome de *Burnout*, quer em profissionais que atuam com muitas pessoas, tais como os professores, os enfermeiros e os médicos, quer em estudantes durante a sua formação inicial. Destaca-se que a maior demanda de estudos centra-se em trabalhadores de variadas áreas de conhecimento e em estudantes da área da saúde. Algumas pesquisas sugerem a reflexão sobre os fatores de risco para o desencadeamento da Síndrome de *Burnout* em estudantes universitários durante a formação inicial bem como no período dos estágios curriculares que constitui uma etapa que pode desencadear os sintomas da síndrome, pois os estudantes deparam-se com situações reais em que problemas, dificuldades, limitações da prática profissional ficam evidentes. (MOTA; FARIAS; SILVA, 2017)

Continuando com as vivências laborais/estudos e suas interfaces com a saúde, no **T8** Cabral (2016), em sua pesquisa, afirma que na concretude da vida cotidiana dos jovens entrevistados, os mesmos informaram dias de muito estresse e cansaço e reconhecem que algumas imposições para a manutenção do trabalho em concomitância ao estudo repercutem negativamente em seu cotidiano, interferindo em outras dimensões de sua vida de forma negativa. Eles relatam algumas condições precárias de trabalho, às vezes até indignas, perpassadas por conflitos. Identificou-se o estresse como fator de desgaste da saúde e das relações dos jovens com a escola, trabalho, relacionamentos pessoais. (CABRAL, 2016)

O **T9** colabora com o analisado no **T7**, pois aponta que, apesar da especificidade da pesquisa com estudantes do curso de Psicologia, foi possível verificar, de acordo Silva et al. (2016, mudanças subjetivas e emocionais que favorecem o aparecimento do estresse. Nesse sentido, os prejuízos acadêmicos podem ser identificados quando ocorrem perdas de memória e desgaste excessivo e constante, dentre outros sintomas. (SILVA et al., 2016)

Gazanninga (2018) analisa que o estresse em si varia de acordo como o estudante se percebe sobre os eventos estressores. Ao mesmo tempo para Richard Lazarus e Suzan Folkman (1984), não podemos compreender completamente o estresse examinando eventos ambientais (estímulos) e pessoas (respostas) como entidades separadas; em vez disso, devemos considerá-los em conjunto como uma transação na qual cada indivíduo deve se ajustar de forma contínua aos desafios cotidianos. França e Rodrigues (2005) afirmam que, com muito mais frequência, associa-se o estresse a situações indesejáveis. Entretanto, se aprendemos lidar com questões relacionadas a saúde do corpo podemos aprender a lidar também com o estresse. Nessa perspectiva, Reis et al (2010) afirma que o estresse tem consequências fisiológicas, psicológicas e comportamentais que são mediadas pela percepção, com foco na susceptibilidade do indivíduo, cujas intervenções são dirigidas para o desenvolvimento de estratégias individuais de enfrentamento.

Os 2 artigos **T7** e **T9** e a tese **T8** apresentaram alguns impactos na saúde mental do trabalhador-estudante, onde os mais comuns são fadiga, sono, dificuldade de concentração, perda de memória e estresse. Esses sintomas apresentados trazem uma referência ao adoecimento do indivíduo, o que contribui para referendar os objetivos iniciais propostos através desta revisão integrativa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalhador/estudante tem inúmeros desafios e expectativas, quer seja no trabalho ou nos estudos acadêmicos, dada a subjetividade de cada indivíduo. Como desafios, temos a rotina laboral, o tempo de aula e estudos acadêmicos, dentre outros fatores indexadores. Por outro lado, como expectativas temos a busca de crescimento pessoal e profissional, na maioria das vezes. Para tanto, conciliar trabalho/estudo é uma condição desafiante e requer superações que estão aquém das expectativas intrínsecas.

A presente revisão alcançou seus objetivos porque a análise da literatura sobre o tema trabalho/estudo na última década demonstrou que os estudantes enfrentam vários desafios nessa tentativa de conciliação como dificuldades na aprendizagem, estresse, sono, fadiga, impactando sua saúde física e mental. Em contrapartida, no que tange às expectativas, observou-se que muitos enfrentam as

adversidades e tentam concluir seus estudos adaptando-se às demandas exigidas nessa conciliação.

Foram vários aspectos analisados e organizados em categorias que corroboraram com a fundamentação teórica e nos apontou que o trabalhar e estudar concomitantemente constituem desafios e expectativas para vários estudantes que enfrentam essa perspectiva e que, muitas vezes, podem contribuir para o seu adoecimento psíquico.

No transcorrer da pesquisa, foi possível identificar que há uma carência de literatura acerca do tema específico. Isso significa que há uma lacuna a ser preenchida através de estudos que possam colaborar e reforçar com pesquisas mais intensas a partir dos estudos de Psicologia e suas interfaces com a saúde.

Verificou-se, durante esse percurso bibliográfico, a falta de pesquisas que envolvam estudantes de escolas públicas, sua condição desafiadora de sobrevivência e do escolher trabalhar e estudar, bem como da utilização de políticas públicas que integrem nesses desafios e expectativas na busca por um futuro melhor, com dignidade e equidade entre seus pares, quer seja no trabalho ou na vida acadêmica, o que pode-se concluir um estudo específico nessa área.

Em suma, as dificuldades apontadas nas leituras que fundamentaram essa pesquisa, constataram-se que a sobrecarga laboral e acadêmica, a depender de variáveis nesse processo, interferem no processo de aprendizagem e/ou na saúde mental. Apesar de alguns estudantes, enfrentarem resilientemente essas duas realidades diametralmente opostas, há uma lacuna a ser preenchida através de estudos mais aprofundados para validar a hipótese inicial do presente artigo, o que se pretende ser referendado com pesquisas de campo.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, N.N.F. **Trabalho e estudo; uma conciliação desafiante.** In: **IV Fórum Internacional de Pedagogia.** Campina Grande Realize Editora, 2012.

ARIÑO, D.O. & BARDAGI, M.P. **Relação entre Fatores Acadêmicos e a Saúde Mental de Estudantes Universitários.** UFSC. Paraná, 2018. Disponível em <file:///C:/Users/anama/Downloads/23791-Texto%20do%20artigo-93899-1-10-20181228.pdf>. Acesso em 18 set 2021.

BARDAGI, M. P et al. **Avaliação da formação e trajetória profissional na perspectiva de egressos de um curso de psicologia.** *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28 (2), 304-315, 2008.

- BORGES, L. O. (1997, maio/ago.). **Os atributos e a medida do significado do trabalho**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 13(2), 211-221.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A; MACEDO, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão E Sociedade*, 5(11), 121–136. 2011.
- BROCCO, Ana Karina; ZAGO Nadir. **Relação estudo e trabalho entre universitários bolsistas de camadas populares**. Reunião Científica Regional da ANPED. Curitiba, 2016.
- CABRAL, Elen Soraia de Menezes. **Juventudes, trabalho e escola: interfaces com a saúde**. (2016). Tese (Doutorado). Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.
- CAMARGO, Duílio Antero de; NEVES, Sergio Nolasco Hora das. **Transtornos mentais, saúde e trabalho: Serie Saúde Mental e trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004, 23-42, p. v. 3.
- DA MOTA, Íris Dantas et al. **Síndrome de burnout em estudantes universitários: um olhar sobre as investigações**. *Motrivivência*, v. 29, p. 243-256, 2017.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E. **Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho**. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. Tradução M. I. StoccoBetiol. São Paulo: Atlas, 1994. p. 119-145.
- DUTRA-THOMÉ, Luciana; PEREIRA, Anderson Siqueira E KOLLER Silvia Helena. **O Desafio de Conciliar Trabalho e Escola: Características Sociodemográficas de Jovens Trabalhadores e Não-trabalhadores**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* Jan-Mar 2016, Vol. 32 n. 1, pp. 101-109.
- FERREIRA, C. L.; et al. **Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação do traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico**. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n. 3. 2009.
- FERRAZ, M. F. PEREIRA, A. S. **A dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários**. *Psicologia, Saúde & Doenças* 3(2), 149- 164.
- FONTANA, Rosane Teresinha e BRIGO Lariane. **Estudar e trabalhar: percepções de técnicos de enfermagem sobre esta escolha**. *Esc Anna Nery* (impr.)2011 jan-mar; 16 (1):128- 133. 2012.
- FRANÇA, Limongi Ana, C. RODRIGUES, Avelino Luiz. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática, 4ª edição**. Disponível em: Minha Biblioteca UNIESP, Grupo GEN, 2005.
- GUALBERTO Lucas e RODRIGUES André (2017). **Impacto do trabalho no desempenho dos licenciandos no ENADE**. X CONGRESO INTERNACIONAL SOBRE INVESTIGACIÓN EN DIDÁCTICA DE LAS CIENCIAS SEVILLA 5-8 de septiembre de 2017.
- HESPANHOL, Alberto. **Burnout e stress ocupacional**. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, vol. 7, núm. 1-2, janeiro-dezembro, 2005, pp. 153-162. Sociedade Portuguesa de Psicossomática. Porto, Portugal.
- MARX, K. **O Capital** - Livro I – crítica da economia política: O processo de produção do capital. Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.
- LIPP, M. E. N., MALAGRIS, L. E. N., & NOVAIS, L. E. **Stress ao longo da vida**. São Paulo: Ícone. 2007
- LUZ, Ricardo Santos da. **Trabalho alienado em Marx: a base do capitalismo**. Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Filosofia da PUC do Rio Grande do Sul. Orientador: Prof. Dr. Agemir Bavaresco. PORTO ALEGRE, 2008

MAIER, Suellen Rodrigues de Oliveira e MATTOS, Magda. **O trabalhar e o estudar no contexto universitário: uma abordagem com trabalhadores-estudantes**. Santa Maria, v. 42, n.1, p. 179-185, jan./jun. 2016. Mato Grosso, 2016.

MOREIRA, Cristina Alves; LIMA, Fernanda Moreira; SILVA, Priscila Nicácio da. **A difícil tarefa de acadêmicos de curso noturno em conciliar trabalho e Estudo**. 2011. Disponível em <https://docplayer.com.br/7212452-A-dificil-tarefa-de-academicos-de-curso-noturno-em-conciliar-trabalho-e-estudo.html>. Acesso em 20 set 2021.

MENDES, Ana Magnólia. **Prazer, reconhecimento e transformação do sofrimento no trabalho**. In: MENDES, Ana Magnólia (Org.). **Trabalho & saúde: o sujeito entre a emancipação e a servidão**. Curitiba: Juruá, 2008. p. 13-25.

NAGAI, Roberta. **O trabalho de jovens universitários e repercussões no sono e na sonolência: trabalhar e estudar afeta diferentemente homens e mulheres?**. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Ambiental) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. doi:10.11606/T.6.2009.tde-15062011-110407. Acessos em 04 out. 2021

OLIVEIRA, Adriana Leônidas de e GODOY, Monique Marques da Costa. **O processo de resiliência do jovem aprendiz e as estratégias de conciliação estudo-trabalho**. *Bol. psicol* [online]. 2015, vol.65, n.143, pp. 175-191.

PEYON, Eduardo R. **Sobre o trabalhar contemporâneo: diálogos entre a psicanálise e a psicodinâmica do trabalho**. Disponível em: Minha Biblioteca UNIESP, Editora Blucher, 2018.

PEREIRA, Lucinea de Souza. **Trabalhar e estudar, eis a questão: Os desafios enfrentados pelos estudantes trabalhadores da Universidade Federal de Ouro Preto / Lucinea de Souza Pereira**. – Ouro Preto : Editora UFOP, 2018.

REIS, Ana Lúcia Pellegrini Pessoa dos; FERNANDES, Sônia Regina Pereira; GOMES, Almiralva Ferraz. **Estresse e fatores psicossociais**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 30, n. 4, p. 712-725, dez. 2010.

RODRIGUES, A. **Stress, trabalho e doenças de adaptação**. in: Franco,. *Stress e trabalho: guia prático com abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas, cap. 2.

SADIR, M. A., BIGNOTTO, M. M., & LIPP, M. E. N. **Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais**. Paideia jan.-abr. 2010, Vol. 20, No. 45, 73-81.

SANTOS, B. S. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. São Paulo: Cortez, 1995.

SCHYMURA, Luiz Guilherme. FGV IBRE, revista Conjuntura Econômica, 2018. Disponível em: <https://portalibre.fgv.br/sites/default/files/2020-06/cartaibredez.pdf>

SILVA, B. E. D.; SILVA, B. E. D.; ALMEIDA, J. E. A. DE; GADELHA, M. J. N.; MELO, T. G. R.; CABRAL, S. A. A. DE O. **A influência do trabalho no nível de estresse em estudantes de psicologia**. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, v. 6, n. 3, p. 23 - 25, 30 out. 2016.

SILVA, Jean Michel de Lima; SOARES, Marly Carvalho. **A Divisão do Trabalho em Adam Smith**. Disponível em: http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/20871/3/2011_eve_jmlima.pdf. Acesso em: 22 nov 2021.

STRAUB, Richard O. **Psicologia da saúde**. Disponível em: Minha Biblioteca, (3rd edição). Grupo A, 2014.

TERRIBILI FILHO, Armando; RAPHAEL, Hélia Sonia. **Ensino superior noturno: problemas, perspectivas e propostas (TESE)**. Marília: FUNDEPE, 2009. Disponível: https://www.marilia.unesp.br/Home/Pos-Graduacao/Educacao/Dissertacoes/filho_at_dr_mar.pdf

TOMBOLATO, M. C. R. **Qualidade de vida e sintomas psicopatológicos do estudante universitário trabalhador.** (Dissertação). Pontifícia Universidade Católica. Campinas, 2005.

VARGAS, Hustana Maria; PAULA, Maria de Fátima Costa de. A inclusão do estudante-trabalhador e do trabalhador-estudante na educação superior: desafio público a ser enfrentado. **Revista da Avaliação da Educação Superior**, vol. 18, núm. 2, julho, 2013, p. 459-485. Universidade de Sorocaba Sorocaba, Brasil.

AUTOCOMPAIXÃO E ANSIEDADE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Ana Thereza de Arruda Veloso¹
Fabrycianne Gonçalves Costa²

RESUMO

O artigo tem como objetivo analisar as evidências científicas da autocompaixão e da ansiedade, bem como os mecanismos psicológicos envolvidos. Tendo como estudo o método integrativo e estudo exploratório realizado em cima de uma pesquisa bibliográfica entre os meses de junho a outubro de 2021. Tendo como ideia central responder a pergunta: Sintomas psicológicos como a ansiedade podem sofrer influência da autocompaixão? Concluiu-se que a autocompaixão e as ações de promoção à saúde mental reduziram a ansiedade.

Palavras-chaves: Autocompaixão; Ansiedade; Mecanismos Psicológicos.

ABSTRACT

The article aims to analyze the scientific evidence of self-compassion and anxiety, as well as the psychological mechanisms involved. Having as a study the integrative method and exploratory study carried out on top of a literature search between the months of June to October 2021. The main idea was to answer the question: Can psychological symptoms such as anxiety be influenced by self-compassion? It was concluded that self-compassion and mental health promotion actions reduced anxiety.

Keywords: Self-compassion; Anxiety; Psychological Mechanisms.

INTRODUÇÃO

Segundo Brito (2017), compaixão refere-se a uma experiência horizontal de entender o outro, sentimento de se colocar no lugar do próximo sem uma relação de superioridade e com respeito. O processo de abertura para o sentimento de compaixão envolve etapas, das quais: o olhar e reconhecimento da condição do outro, compreensão da universalidade dos sentimentos, tolerância a sentimentos desconfortáveis e a disposição para agir diante desta realidade. Segundo Gilbert (2014), a autocompaixão é uma sensibilidade apurada de uma forma positiva que é encarada como fruto da união de inspirações de tradições filosóficas e da psicologia baseada em evidências.

1 Graduanda do curso de Psicologia no UNIESP. Email: anatherezaveloso@hotmail.com.

2 Profa. Orientadora do curso de Psicologia UNIESP. Email: prof1588@iesp.edu.br.

Para Bowlby (2018), a autocompaixão é conceitualizada a partir de modelos biopsicossociais baseados em psicologia evolucionista e neurofisiologia afetiva, em que a compaixão e a autocompaixão podem ser compreendidas a partir de mentalidades sociais e a ansiedade é um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. Para Gilbert (2014), a autocompaixão permite o reconhecimento do sofrimento sem exagerá-lo, possibilitando assumir uma perspectiva mais inteligente e mais objetiva sobre si e sobre o mundo. Compreende-se que a atenção plena para o que se sente gera, então, uma visão clara sobre o que se sente e possibilita um novo posicionamento diante das situações. Unidos estes fatores, vê-se a autocompaixão e é possível perceber a diferença com relação a reação típica do ser humano em frente a ameaças, que são: autocrítica, isolamento e autoabsorção. Para Kristin Neff (2019), autocompaixão trata-se da capacidade de olhar para si mesmo e ser seu próprio aliado interno, praticando o olhar e falar para si como se fala direcionado a um amigo em meio a emoções desagradáveis e sofrimento.

Diante desse cenário, o presente estudo busca responder aos seguintes questionamentos: Sintomas psicológicos como a ansiedade podem sofrer influência da autocompaixão?

Este artigo teve como objetivo analisar a relação entre autocompaixão e ansiedade, bem como os principais mecanismos psicológicos envolvidos. Como objetivo específico analisar a importância da autocompaixão e identificar as causas da ansiedade. Este estudo terá como referencial teórico conceitos sobre a ansiedade, os transtornos que a envolvem e autocompaixão.

REFERENCIAL TEÓRICO

ANSIEDADE

Para Castillo (2000) ansiedade trata-se de um sentimento de medo desagradável, caracterizado por um desconforto ou tensão no qual deriva-se de uma antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho. Considera-se medo quando existe um estímulo desencadeador externo óbvio que provoca

comportamento de fuga e evitação, enquanto que a ansiedade é um estado emocional aversivo em que não há desencadeadores claros que, obviamente, não podem ser evitados.

Segundo Torres (2010), define ansiedade como uma condição emocional complexa e aversiva que é condicionada como resultado de um ajuntamento de estímulos. Um único evento aversivo pode levar uma condição de ansiedade, ficando então sob o controle de estímulos incidentais.

Quando uma pessoa é submetida a uma situação a qual foi desagradável, provocando um enorme grau de ansiedade, então quando submetido a situações parecidas irá associar o sentimento de ansiedade com o evento ocorrido a exposição de estímulos aversivos produz uma resposta de ansiedade, juntamente com sintomas somáticos, gerados no sistema nervoso autônomo (NEFF:2019). Segundo Lundin (2007), o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é um estado de ansiedade que persiste e envolve preocupação crônica, excessiva e evasiva, acompanhando sintomas físicos ou mentais de ansiedade, causando prejuízo no funcionamento diário do indivíduo.

A ansiedade social de acordo com o DSM – 5 é o medo ou a ansiedade de um indivíduo frente a uma ou mais situações em que envolvam a avaliação do mesmo por outras pessoas. Os indivíduos temem aparecer ou agir, demonstrando ansiedade, como tremer e tropeçar às palavras. Clark e Beck (2013).

Para Neff (2019), a ansiedade e os distúrbios incluem aumento da pressão sanguínea e de batimentos cardíacos, transpiração excessiva e aumento da atividade motora com agitação e rigidez muscular, alterações respiratórias, por exemplo, superficiais e rápidas, entre outras alterações fisiológicas.

Torres (2019) aponta que a ansiedade representa um sinal de alerta que adverte sobre perigos iminentes, capacitando o indivíduo a gerar e tomar medidas para enfrentar uma ameaça, caracterizando-se por ser uma resposta a uma ameaça vaga, sem uma origem objetiva e voltada para o futuro. Para Marks (2017), a ansiedade faz parte dos sentimentos normais de uma pessoa, tornando-se patológica quando é desproporcional à situação que a desencadeia ou quando não existe um objeto específico ao qual se direcione. Assim, é considerada um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, sendo caracterizada por sensações subjetivas de antecipação, medo ou apreensão associadas com graus de

grande excitação e reatividade autônoma (SHARMA, ANDRIUKAITIS; DAVIS, 1995). Os distúrbios de ansiedade são definidos em função de diferentes características, de acordo com o tipo de suas manifestações episódica ou persistentes, sobre os fatores desencadeantes, problemas físicos ou psicológicos e se estão ou não associados a outros transtornos mentais ou comportamentais (ANDRADE; GORESTEIN, 2000).

Segundo Neff (2019), a insegurança, a ansiedade e a depressão são extremamente comuns em nossa sociedade e muito disso é devido ao autojulgamento e autocrítica, quando há o martirizar-se em decorrência dos acontecimentos da vida. Para Torres (2010), uma das descobertas mais fortes e consistentes relatadas na literatura é a de que as pessoas mais auto compassivas tendem a ser menos ansiosas e deprimidas. Pesquisas demonstram uma relação muito forte entre a autocompaixão e a ansiedade e a depressão, conseguindo explicar em torno de 20% dos casos.

AUTOCOMPAIXÃO

Segundo Marks (2017), a compaixão é uma emoção positiva, um estado de empoderamento que nos impulsiona a agir, tendo atitudes para aliviar a dor do outro. Como seres humanos interdependentes e necessitados de conexões interpessoais desde que nascemos, nosso sistema nervoso possui neurônios-espelho, que permitem que sintamos tanto Empatia quanto Compaixão.

Para TORRES (2010):

Empatia e Compaixão são conceitos muito relacionados, mas não exatamente iguais. Enquanto Empatia refere-se à capacidade de imaginar e entender os sentimentos de outra pessoa, a Compaixão vai um pouco além. Compaixão se refere ao sofrimento que sentimos ao ver outra pessoa sofrendo, e que nos desperta uma vontade muito grande de ajudar ou confortar.

Segundo Mongrain (2010), a autocompaixão é um construto da saúde mental. Estudos mostram que um nível elevado de autocompaixão está associado com menor depressão, ansiedade, raiva, sentimentos negativos, autocrítica, fracasso acadêmico e estresse e com maior tomada de perspectiva, otimismo, autoestima, perdão, empatia e qualidade de vida.

A autocompaixão, portanto, envolve o reconhecimento e a visão clara do

sofrimento. Bem como, sentimentos de bondade pelas pessoas que sofrem, de modo que o desejo de ajudar a amenizar o sofrimento cresce. Finalmente, a autocompaixão envolve reconhecer a nossa condição humana compartilhada, imperfeita e frágil. (TORRES:2010). Para Gilbert (2014), algumas pessoas confundem autocompaixão com egoísmo, vitimização, fraqueza ou autoindulgência, mas verdadeiramente a autocompaixão está relacionada com o autoconhecimento, autoaceitação, autorespeito e autoacolhimento. Ter autocompaixão é tratar-se como trataria o melhor amigo num momento de necessidade ou sofrimento: sem críticas ou julgamentos duros, sem culpabilização, sem exigências excessivas ou irrealísticas. Afinal, ninguém sabe tudo, ninguém é perfeito, todo mundo erra, pois faz parte do ser humano. (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000).

Segundo Castillo (2000), quando nós entregamos à autocompaixão, o nó apertado do autojulgamento negativo começa a se dissolver e é substituído por uma sensação de calma e aceitação – o diamante brilhante que emerge do carvão. Para Gilbert (2014), a capacidade de ativar uma postura autocompassiva depende do desenvolvimento e do acesso a mentalidades sociais e sistemas de regulação emocional relacionados a receber e fornecer cuidado dessa perspectiva, as experiências socioemocionais de vinculação, apego e pertencimento são essenciais desde o início da vida, tais experiências fortalecem a ativação de sistemas neurofisiológicos.

De acordo com Kristin Neff (2019), que é autoridade no tópico, autocompaixão é simplesmente compaixão voltada a si. Ao invés de nos julgarmos e criticarmos por inadequações ou deficiências, a autocompaixão nos ensina a sermos mais gentis e compreensivos, quando confrontados por falhas pessoais. Segundo Gilbert (2014), a autobondade, por definição, significa interromper o autojulgamento constante e os comentários depreciativos internos, auxiliando a compreensão das fraquezas e falhas, ao invés de condená-las.

MECANISMOS PSICOLÓGICOS

Os mecanismos psicológicos universais governam nosso comportamento e atuam recombinação a cada estratégia adaptativa necessária para uma profícua navegação no ambiente social. Por isso, aspectos centrais de nossa mente operam

a partir dessa recombinação de hereditariedade (genética) e meio ambiente. Não se trata de interação, mas sim de adaptação (ANDRADE; GORENSTEIN, 2000).

Segundo Gilbert (2014) a maioria das pessoas hoje sofre com o estresse que o caos e a incerteza podem trazer. A autobondade, a humanidade compartilhada e a atenção plena, são mecanismos importantes da autocompaixão e tem provado ajudar a reduzir o estresse. Para Mongrain (2010), intervenções que promoveram atitudes autocompassivas acompanhamento diminuíram índices de depressão ansiedade a autocompaixão está presente no universo de construtos positivos estudados pelo movimento da psicologia positiva. Para Gilbert (2014) as alterações psicológicas sofridas a relação com o transtorno de ansiedade acredita-se que, com um tratamento mais humanizado e um melhor olhar clínico, trará melhoras em seus quadros. De acordo com Fenichel (2000), a meditação *mindfulness* é extraordinariamente simples, mas requer que disciplina e prática diária para que colham-se os frutos. Atenção plena ou consciência plena consiste num conjunto de ferramentas que nos permitem treinar o nosso cérebro no sentido de conseguir estar genuinamente atento ao momento presente.

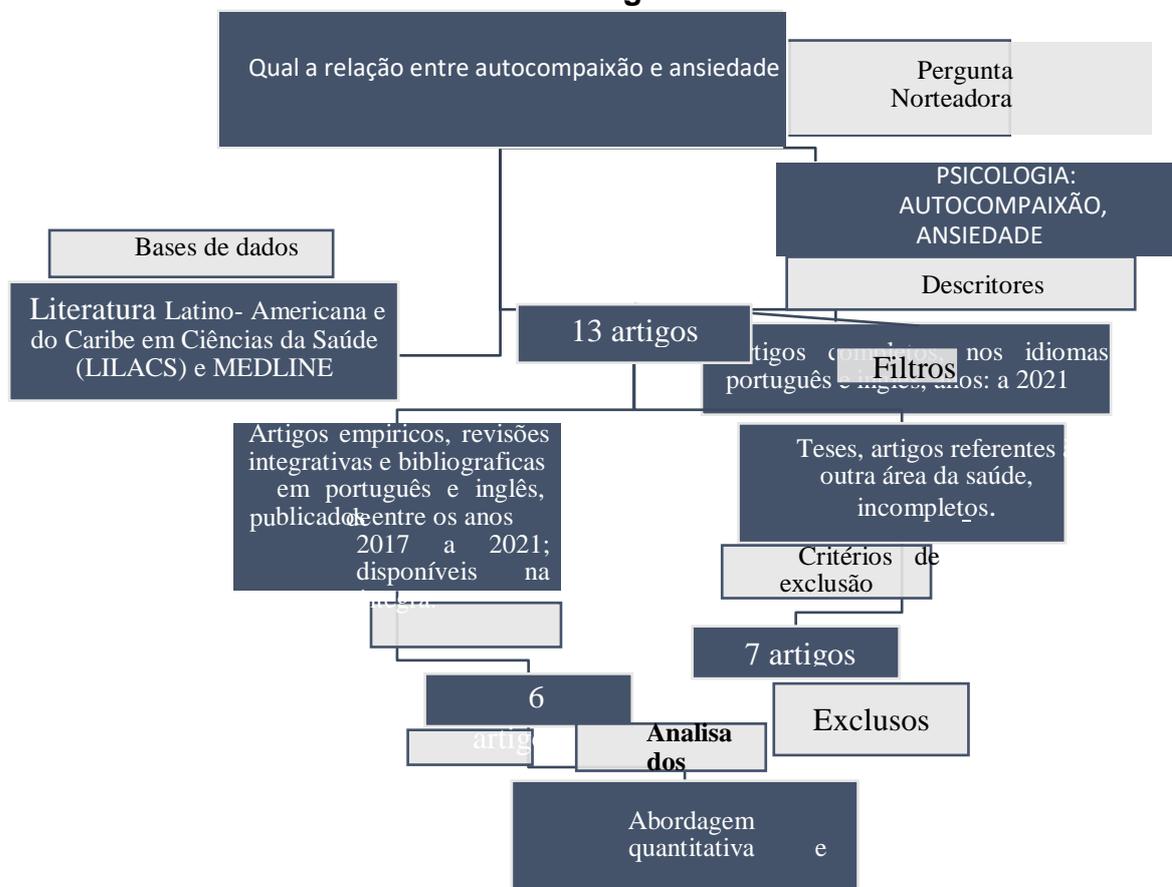
MÉTODO

Trata-se de um estudo com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico. A revisão integrativa é uma abordagem metodológica com amplos benefícios para comunidade científica, relacionada aos outros tipos de revisões. Permite um conhecimento rico e atual sobre determinada temática estudada, pois, analisa, identifica e sintetiza os resultados dos estudos de diversos autores referentes ao tema abordado, possibilitando o direcionamento adequado para a aplicabilidade prática com fundamentação científica, sendo um método útil no campo da saúde (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

O levantamento bibliográfico foi realizado entre os meses de Junho a Outubro de 2021, utilizando as bases de dados: MedLine e LILACS, através dos descritores: “Psicologia”, “autocompaixão” e “ansiedade”, utilizando o operador Boleano “AND” para instrumentalizar a busca das publicações. Buscou-se também pelas palavras chaves *selfcompassion* AND *anxiety*. Os critérios de inclusão foram: artigos empiricos condizentes, revisões integrativas e bibliograficas com a temática do

estudo, escritos nos idiomas português e inglês, publicados e indexados nos referidos bancos de dados nos últimos 5 anos (2017 a 2021) disponíveis na íntegra de forma gratuita em acervo online.

Figura 1: Fluxograma da Metodologia



RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra final desta revisão foi constituída por seis artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Destes, três foram encontrados na base de dados LILACS e três na Medline.

O *quadro 1* representa as especificações de cada um dos artigos bem como a procedência, título do artigo, periódicos e objetivos. O *quadro 2* representa os principais resultados e o método de estudo de cada artigo.

Quadro 1. Artigos levantados nas bases de dados LILACS e Medline

Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico (vol, nº, pág, ano)	Objetivos
LILACS	Compaixão: entre o reconhecimento e a moralidade	BRITO, Ana Katarina	Revista de ciências sociais da UFPE; 2017	Trazer aspectos correlatos à compaixão no intuito de ampliar o entendimento numa perspectiva mais aproximada das Ciências Sociais.
LILACS	Autocompaixão e ações de promoção a saúde mental como moderadores da ansiedade entre idosos institucionalizados.	DANTAS, Beatriz.	Revista Eletrônica de Enfermagem; 2021	Verificar a relação entre ansiedade, autocompaixão e ações de promoção á saúde mental de idosos residentes em instituições de longa permanência.
MEDLINE	Autocompaixão: A sua relação com os estados emocionais negativos	SANTOS, Inês Isabel	Revista Eletrônica de Enfermagem; 2020	Perceber de que forma a autocompaixão se relaciona com o autocrítico e sintomas psicopatológicos como ansiedade, depressão e stress na adolescência
LILACS	Autocompaixão em Estudantes Universitários: Uma Revisão Integrativa da Literatura	PEREIRA, Mara Dantas. SILVA, Joilson Pereira	Revista da UFCR; 2021	Revisar a produção científica sobre Autocompaixão em estudantes universitários. Compreender a relação
MEDLINE	Autocompaixão e Bem Estar: Uma revisão integrativa	MOTTA, Julia Paula	Revista da UFSP; 2020.	autocompaixão e bem estar bem como os principais mecanismos psicológicos envolvidos.

Fonte: Dados da pesquisa.

Quadro 2. Principais Resultados e metodologia dos artigos apresentados.

Metodologia	Principais resultados
1 Trata de um estudo descritivo, exploratório, transversal baseado na pesquisa bibliográfica.	Trouxe-se a visão de que a compaixão pode exercer um papel fundamental na formação da sociedade e de sua boa convivência, podendo estar presente na construção da ordem social sendo um suporte para as interações
2 Trata de um estudo descritivo, exploratório, Transversal baseado pesquisa quantitativa	A autocompaixão e as ações de saúde mental apresentaram associação significativa e correlação negativa com a ansiedade. Bem como, idosos com níveis elevados de autocompaixão apresentam menor sintomatologia depressiva e maior satisfação com a vida.
3 Trata de uma pesquisa qualitativa	Verificou-se que indivíduos com níveis altos de autocompaixão têm menor predisposição para os sintomas psicopatológicos e menor tendência serem autocríticos. Rapazes apresentaram níveis elevados de autocompaixão.
4 Trata de um estudo descritivo, exploratório, Transversal baseado na pesquisa quantitativa	Mostrou-se a relação entre autocompaixão e níveis mais baixos de estresse, ansiedade e depressão. Além disso,

5 O método abordado é A Revisão Integrativa é um dos tipos de revisão de literatura validados, através da qual é possível sintetizar e analisar o conhecimento já produzido no tema investigado	identificou-se tanto níveis altos de mindfulness, criatividade verbal e figurativa, altruísmo, autoestima, autoeficácia, controle das crenças na aprendizagem, competência de compaixão e comportamento de cuidado A autocompaixão é uma fonte interna inesgotável de amor e cuidado, revelando-se uma força poderosa para o aumento do bem-estar. Como mecanismos psicológicos de ação destaca-se: a tranquilidade para acolher o evento estressor com responsabilidade e gentileza; a aceitação incondicional de si próprio.
---	---

Fonte: Dados da pesquisa.

Dessa forma, pode-se perceber a incipiência de artigos científicos publicados sobre esta revisão integrativa, uma vez que se trata de uma metodologia enraizada. Nesse contexto, aborda-se o conceito e as fases que constituem uma revisão integrativa.

Procedência

Dentre treze artigos encontrados na busca da revisão integrativa, cinco foram selecionados. Constatou-se que três estiveram contidos na plataforma LILACS e dois na plataforma Medline. Mostrando assim ainda uma incipiência de artigos e estudos realizados com tais temáticas.

Os resultados encontrados respondem à questão norteadora dessa Revisão Integrativa e dialogam com a literatura já existente sobre o tema. A discussão expõe o ponto de vista sobre alguns autores citados no artigo respondendo o objetivo do trabalho.

Periódicos

Entre os cinco artigos encontrados na revisão integrativa dois foram encontrados na revista Eletrônica de Enfermagem: Autocompaixão e ações de promoção a saúde mental como moderadores entre idosos institucionalizados e Auto-compaixão: A sua relação com os estados emocionais negativos de ansiedade entre idosos institucionalizados. O artigo Compaixão: entre o reconhecimento e a moralidade foi encontrado na Revista de Ciência Sociais da UFPE. O artigo Autocompaixão em Estudantes Universitários: Uma revisão integrativa foi encontrada na revista Revista da UFC.

Objetivos Semelhantes e Principais resultados

Três dos artigos tiveram como objetivo analisar como a autocompaixão se relaciona com sintomas psicopatológicos como ansiedade, estresse e depressão (DANTAS, 2021; SANTOS, 2020; PEREIRA, 2021). Um artigo abordou a respeito da população idosa em instituições de longa permanência (DANTAS, 2021), enquanto o outro estudo abordou a população adolescente (SANTOS, 2020). O terceiro artigo baseou-se no público de estudantes universitários, tratou-se de uma revisão.

Dentre estes, apenas dois (DANTAS, 2021; SANTOS, 2020) utilizaram a Escala de Autocompaixão. Percebeu-se que idosos que apresentam níveis elevados de autocompaixão apresentam menor sintomatologia depressiva (DANTAS, 2021). Bem como, adolescentes que apresentam autocompaixão em níveis altos têm menor tendência a serem autocríticos, com isso diminuindo as chances de apresentarem sintomas psicopatológicos.

Verificou-se com relação a população de estudantes universitários (PEREIRA, 2021) elevados níveis de autocompaixão pode interferir na melhora do processo de aprendizagem e das crenças relacionadas a este. Pode-se analisar diante da busca e da verificação dos estudos

que há uma escassez de estudos empíricos realizados a respeito da temática aqui abordada, com outros públicos e em outras esferas.

Características Metodológicas

Tratando-se da metodologia, dois artigos utilizara o método de estudo revisão integrativa (PEREIRA, 2021; MOTA,2020). Dois artigos tiveram como método de estudo a pesquisa quantitativa (DANTAS, 2021; SANTOS, 2020). Um artigo trouxe o estudo baseado em pesquisa bibliográfica (BRITO, 2017). Com isso pode-se verificar uma deficiência em estudos empíricos aprofundados a respeito das variáveis abordadas neste estudo.

Autocompaixão e Ansiedade

A autocompaixão envolve três componentes: a autobondade, o

reconhecimento da nossa humanidade comum ou compartilhada, através da qual nos sentimos conectados com os outros na experiência da vida, de estarmos isolados ou alienados pelo sofrimento. Bem como a atenção plena, no qual há a consciência equilibrada na experiência, sem ignorar a dor ou levá-la ao exagero (MOTTA; 2020)

Os resultados também trouxeram estudos experimentais comparativos entre autocompaixão e ansiedade, corroborando o que foi apresentado na introdução mostrou uma correlação positiva entre autocompaixão e ansiedade, ou seja, quanto mais alta a autocompaixão mais fraca torna-se o nível de ansiedade em momentos de dificuldade. (SANTOS, 2020)

Dantas (2021) sugere que a autocompaixão aumenta a autobondade porque possibilita aos indivíduos sentirem-se cuidados e emocionalmente calmos, explicando que ela desativa o sistema de ameaças e ativa o sistema de calma e relaxamento, que é associado a sentimentos segurança e tranquilidade.

Por fim, diante da pesquisa, constatou-se a incipiência de artigos relacionados a estes construtos e os relacionando diretamente. Dessa forma, faz-se necessário mais estudos com a temática ansiedade e autocompaixão voltada para o âmbito da psicologia, mais estudos empíricos no qual pode-se verificar mais amplamente os efeitos da autocompaixão nos quadros de ansiedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de revisão sistemática teve como objetivo analisar a relação entre autocompaixão e ansiedade, bem como os mecanismos psicológicos envolvidos. De maneira específica analisar a importância da autocompaixão e identificar as causas da ansiedade. O método de pesquisa se mostrou de grande valia para o desenvolvimento do artigo, através da busca nas devidas plataformas. Percebeu-se também a escassez de estudos que relacionam as temáticas.

Conclui-se através deste estudo que a autocompaixão envolve o reconhecimento e a visão clara do sofrimento, podendo analisar a condição humana compartilhada, imperfeita e frágil. Tal análise diante da vida e dos acontecimentos leva a uma visão menos autocrítica. Sendo a autocompaixão um construto aprendido através da prática. Percebeu-se também que níveis elevados de autocompaixão

trazem maior qualidade de vida e menos sintomas psicopatológicos como ansiedade. Para pesquisas futuras faz-se necessário aprofundamento nestes dois construtos, por meio de estudos empíricos, voltados para o âmbito da psicologia. Bem como investigar para melhor compreensão a respeito de como a prática da atenção plena ou *mindfulness* (componente da autocompaixão) pode influenciar na ansiedade e trazer melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

- BRITO, ANA KATARINA. Compaixão: entreoconhecimento e a moralidade. **Ideologando: revista de ciências sociais da UFPE**, v. 1, n. 3, p. 18-28, 2017.
- BOWLBY, 2005. **The making and breaking of affectional bonds: I.** aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry*, . Acesso <<https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>>
- CASTILLO, A. R. G. L., Recondo, R., Asbahr, F. R., & Manfro, G. G. (2000). **Transtornos de ansiedade**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl.2), 20-23.
- DANTAS. BEATRIZ. **.Autocompaixão e ações de promoção a saúde mental como moderação de ansiedade entre idosos institucionalizados**. Revista eletrônica de Enfermagem publicada em 2021
- GILBERT, P. 2014. **The origins and nature of compassion focused therapy**. *British Journal of Clinical Psychology*, acesso: .<<https://doi.org/10.1111/bjc.12043>>
- NEFF, Kristen; GERMER, Christopher. **Manual de Mindfulness e Autocompaixão: Como construir forças internas e prosperar na arte de ser seu melhor amigo**; Porto Alegre: Editora Artmed, 2019.
- TORRES, Franco L, Stradioto M, Hortale V, Shall V. Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo. *Rev Saúde Pública* 2010;43(2):431-9.

A DESREGULAÇÃO EMOCIONAL EM PACIENTES COM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

Andréa Moura de Souza¹
Olívia Dayse Leite Ferreira²

RESUMO

Com a pandemia de COVID-19, a sociedade vem adotando estratégias com o objetivo de reduzir o ritmo de transmissão viral, que contribuem para o adoecimento psicológico ou intensificam os sintomas daqueles com o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). O TOC possui início gradual, curso crônico e caracteriza-se pela presença de obsessões e compulsões. O objetivo desse trabalho consistiu em avaliar a relação entre as restrições sociais provenientes da pandemia do COVID-19 e a desregulação emocional em pacientes com TOC. Participaram onze pacientes acima de dezoito anos e previamente diagnosticados com TOC, sendo a maioria do sexo feminino, que responderam um Questionário Sociodemográfico, um Questionário sobre Restrição Social e Enfrentamento da COVID-19, o Inventário de Obsessões e Compulsões (IOC) e a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE). Os resultados mostraram que os participantes apresentaram sintomatologias do TOC, que variavam entre obsessões e compulsões. Com relação à percepção sobre a pandemia, a maioria se sentia amedrontada, triste, ansiosa e estressada, porém apresentando um bom enfrentamento e expectativas positivas. Na EDRE, os maiores escores foram em falta de estratégias, objetivos e não aceitação das emoções negativas. O grupo com pensamentos obsessivos apresentou mais dificuldades em controlar impulsos ($U = 8,00$, $p < 0,05$). Correlações significativas positivas foram encontradas entre a EDRE e o IOC. Portanto, pacientes com TOC trazem dificuldades na regulação emocional pois, com a pandemia, inibir o impulso das emoções mostrou-se mais complicado.

Palavras-chave: COVID-19; TOC; Regulação Emocional; Restrições Sociais.

ABSTRACT

With the COVID-19 pandemic, society has been adopting strategies aimed at reducing the rhythm of viral transmission, which contribute to psychological illness or intensify the symptoms of those with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). OCD has a gradual onset, chronic course and is characterized by the presence of obsessions and compulsions. The objective of this work is to evaluate the relationship between social restrictions from the COVID-19 pandemic and emotional dysregulation in OCD patients. Eleven participants over eighteen and previously diagnosed with OCD, being the majority female, answered a Sociodemographic Questionnaire, a Questionnaire on Social Restriction and Coping with COVID-19, the Inventory of Obsessions and Compulsions (IOC) and the Difficulties in Emotion and Regulation Scale (DERS). The results showed that the participants presented symptoms of OCD, which varied between obsessions and compulsions. Regarding the perception of the pandemic, most felt frightened, sad, anxious and stressed but presenting a good coping and positive perspectives. In EDRE, the highest scores

¹ Graduanda do curso de Psicologia do UNIESP. E-mail: amsouza13@gmail.com.

² Professora Orientadora do curso de Psicologia do UNIESP. E-mail: oliviadayse@yahoo.com.br.

were lack of strategies, objectives and non-acceptance of negative emotions. The group with obsessive thoughts presented more difficulties in controlling impulses ($U = 8,00$, $p < 0,05$). Positive significant correlations were found between EDRE and IOC. Therefore, patients with OCD bring difficulties in emotional regulation because, with the pandemic, inhibiting the impulse of emotions proved more complicated.

Keywords: COVID-19; OCD; Emotional Regulation; Social Restrictions.

INTRODUÇÃO

A COVID-19 consiste num tipo de pneumonia atípica primária viral nova e extremamente contagiosa causada pelo novo coronavírus. Em março de 2020, tendo essa doença se espalhado por diversos países e continentes, a situação foi então declarada como uma pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (TASSARA *et al.*, 2021).

Devido ao grande avanço de contaminação dessa infecção viral, os governos de diversos países vêm adotando estratégias com o objetivo de reduzir o seu ritmo de transmissão (PEREIRA *et al.*, 2020). Este cenário é favorável para impulsionar o adoecimento psicológico, ou seja, para interferir negativamente na Saúde Mental (SM) da população (LIMA *et al.*, 2020 apud PEREIRA *et al.*, 2020).

Fatores como o excesso de informações discordantes ou *fake news*, o medo da contaminação, a falta de transparência das medidas de contenção e a falta de entretenimento em casa a fim de estimular hábitos saudáveis em domicílio são capazes de causar efeitos negativos sobre a saúde mental de pessoas saudáveis e podem, portanto, intensificar os sintomas daqueles com transtornos mentais preexistentes, como por exemplo o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) (PEREIRA *et al.*, 2020).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA), na sua quinta edição (DSM-V), o TOC é um transtorno de início gradual e, quando não é tratado, possui curso crônico. O componente hereditário associado a conflitos internos representa os seus fatores desencadeantes (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

O paciente com TOC normalmente apresenta obsessões – ideias, imagens ou impulsos – e compulsões – comportamentos ou atos mentais voluntários e repetitivos (OLIVEIRA *et al.*, 2011). As obsessões invadem a mente do sujeito

provocando ansiedade e, sendo impossível ignorá-las ou controlá-las, o indivíduo recorre a um comportamento compulsivo a fim de reduzir a aflição gerada pela obsessão (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

O transtorno manifesta-se mais em indivíduos de classes sociais baixas, os quais frequentemente apresentam conflitos conjugais, divórcios, separações ou desemprego. Há evidências de predominância em adolescentes do sexo masculino (OLIVEIRA *et al.*, 2011). Fontenelle e Miguel (2020) afirmam que o TOC afeta até 3,1% da população em geral. Para o seu diagnóstico, é necessário avaliar se a sintomatologia interfere no funcionamento social, interpessoal, ocupacional ou acadêmico e se os sintomas perduram mais de uma hora por dia. (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Desta forma, julgou-se pertinente averiguar até que ponto as restrições sociais impostas neste contexto agravaram a sintomatologia do paciente. Além disso, as diversas recomendações geradas pela Pandemia do COVID-19 mimetizam ou se sobrepõem aos sintomas do TOC e podem ter servido de desencadeantes para o aumento de pessoas com sintomas do transtorno. Considerou-se também que pessoas já diagnosticadas podem ser afetadas negativamente por essas recomendações, estimuladas pelas agências de saúde (FONTENELLE; MIGUEL, 2020).

Portanto, essa investigação centrou-se na seguinte questão: Como o TOC está relacionado com as restrições sociais e a desregulação emocional? Estimava-se que as restrições sociais e as preocupações provocadas pela Pandemia do COVID-19 agravariam a desregulação emocional dos pacientes com TOC.

O TOC foi considerado pela OMS como um problema grave de saúde mental e atualmente apresentou uma grande prevalência na população em geral pelo crescente número de diagnósticos, deixando de ser considerada uma desordem rara (OMS, 2002). Além disso, percebe-se uma escassez de estudos que associem a variável TOC com a pandemia do COVID-19, servindo, portanto, esse estudo para embasar pesquisas futuras e para prever possíveis consequências de situações de calamidade pública nas pessoas com o transtorno.

Esta pesquisa teve como objetivo geral avaliar a relação entre as restrições sociais promovidas pela Pandemia do COVID-19 e a desregulação emocional em pacientes com TOC. Já os objetivos específicos foram avaliar as sintomatologias

obsessivas e compulsivas de pacientes diagnosticados com o TOC; compreender os efeitos do distanciamento social nos pacientes com TOC; avaliar a desregulação emocional em pacientes com TOC e, por fim, relacionar a restrição social e a desregulação emocional em pacientes com TOC no período pandêmico.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Durante a história da psicopatologia do século XX, o termo neurose englobava sintomas de ansiedade, fobia, obsessão, dissociação, conversão e somatização. Esse termo associava-se a dificuldades e conflitos intrapsíquicos e interpessoais pois provocava um contínuo sofrimento, frustração, angústia, rigidez emocional e sentimentos de inadequação. Nas classificações diagnósticas atuais, este termo acabou sendo suprimido, dando lugar a um número maior de transtornos, entre os quais está o TOC. Assim, o TOC consistia a “neurose obsessiva-compulsiva”. Essa classificação mudou com o advento da CID³-10, da CID-11, além dos DSM-III, DSM-IV e DSM-V (DALGALARRONDO, 2019).

Como diversas psicopatologias estão comprovadamente relacionadas a elevados níveis de emocionalidade negativa e desregulação emocional, é pertinente averiguar se situações de crise e tensão, como a pandemia de COVID-19, poderão servir como um agravante para esse quadro. A revisão literária a seguir está dividida em três subtópicos: o Transtorno Obsessivo-Compulsivo; a regulação emocional; a relação entre TOC e COVID-19.

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

O TOC, atualmente, se encontra agrupado com o transtorno de acumulação, o transtorno dismórfico corporal e a tricotilomania no DSM-V, por compartilharem uma série de características, curso semelhante e resposta ao tratamento (DURAND; BARLOW, 2016). Conforme os autores, o TOC é “o devastador ponto culminante dos transtornos de ansiedade”, porque é comum para o indivíduo com esse transtorno apresentar ansiedade generalizada grave, ataques de pânico recorrentes,

3 Sigla para Classificação Internacional de Doenças

esquiva debilitante e depressão profunda, simultaneamente aos sintomas obsessivo-compulsivos.

As causas do transtorno são variadas, estando normalmente associado a questões constitucionais do sujeito, fatores genéticos e neuroquímicos, fatores ambientais, sociais e psicológicos, como o estresse, o estilo de vida e determinados acontecimentos vitais. O estresse consiste num agravante dos sintomas, que incluem alterações do comportamento, dos pensamentos e das emoções (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Os pacientes com TOC convivem diariamente com obsessões e compulsões. Para Durand e Barlow (2016, p.166), obsessões são “pensamentos, imagens ou impulsos intrusivos aos quais o indivíduo tenta resistir ou os quais tenta eliminar”. Já as compulsões são definidas pelos mesmos como “pensamentos ou ações usadas para suprimir as obsessões e oferecer alívio.” Segundo Cordioli, Vivian e Braga (2017), os sintomas do TOC, especialmente as obsessões, possuem frequentemente situações, horários e locais específicos para ocorrer, pois estão associados a objetos ou ações que despertam as obsessões e provocam a necessidade de fazer os rituais compulsivos ou os atos evitativos.

Por consumirem uma boa parte do seu dia com as obsessões e compulsões, os pacientes com TOC acabam não procurando, ou rejeitando, a interação social ou interpessoal. Ademais, o isolamento social também ocorre para esconder suas compulsões, por medo da desmoralização e do sofrimento. Isso acaba por causar-lhe ainda mais ansiedade. Sendo o isolamento social um fator de risco para a morbidade e mortalidade, pode ser a causa de transtornos de humor (ALMEIDA *et al.*, 2014).

Dalgalarrondo (2019) divide o TOC em 3 (três) subtipos básicos: os quais predominam as ideias obsessivas, aqueles nos quais predominam os atos e comportamentos compulsivos e as formas mistas. As compulsões podem ser comportamentais (lavagem das mãos ou verificações) ou mentais (pensamentos ordenados, contagem ou orações) e geralmente são “mágicas”, ou seja, não possuem uma relação lógica com a obsessão (DURAND; BARLOW, 2016).

Os rituais compulsivos também podem manifestar-se como uma maneira de cumprir regras mágicas que precisam ser prontamente obedecidas. Outro motivo para tais rituais são pensamentos mágicos, que os associam com o afastamento de

algo temível ou indesejado (DALGALARRONDO, 2019). Os indivíduos com TOC se envolvem em compulsões numa tentativa de reduzir o estresse ou evitar um evento temido que eles acreditam serem possíveis de acontecer caso não realizem os rituais (DURAND; BARLOW, 2016).

De acordo com Cordioli, Vivian e Braga (2017, p.10), são igualmente comuns as chamadas “neutralizações”, definidas como “atos mais eventuais, geralmente mentais, destinados a diminuir o medo e a ansiedade”. Em outro momento de sua obra, o termo é apresentado como atos físicos visíveis ou mentais que visam remover, prevenir ou atenuar um pensamento indesejável e desconfortável ou modificar o significado do pensamento, desviando o evento perigoso e ameaçador concebido pelo sujeito. Um exemplo de neutralização consiste, segundo as autoras, no ato de obter garantias de ter agido corretamente, indagando as demais pessoas e solicitando confirmações de sua parte.

A fim de diminuir ou eliminar o medo e a aflição associados às obsessões, os indivíduos com TOC podem apresentar outros comportamentos, como a hipervigilância e a lentidão obsessiva. Como tais comportamentos promovem alívio, eles tendem a ser repetidos e causam impacto nas rotinas diárias dos sujeitos acometidos pelo transtorno (CORDIOLI; VIVIAN; BRAGA, 2017).

A hipervigilância consiste na atitude de estar continuamente alerta para os estímulos (objetos, pessoas, locais) que motivam as obsessões e é muito comum em pessoas que têm medo de contaminação. As pessoas com esse tipo de obsessão geralmente possuem a atenção aumentada e, portanto, encontram com muito mais frequência e intensidade aquilo que temem. A lentidão obsessiva e indecisão consistem no fato de que indivíduos com TOC demoram muito tempo para tomar decisões ou executar algumas tarefas, geralmente por fatores cognitivos, como a necessidade de checar se as tarefas foram executadas de forma correta. Em geral, esses sujeitos exigem um grau de certeza ou perfeição que dificilmente possa ser atingido, interferindo na realização de tarefas simples, que se tornam “intermináveis” ou repetidas diversas vezes por estarem vinculadas a dúvidas, necessidade de ter certeza, verificações, dificuldade de decidir quando encerrar, repetições e protelações. Tais indivíduos conseqüentemente têm o seu desempenho profissional comprometido, podendo culminar com o abandono do trabalho ou a sua demissão (CORDIOLI; VIVIAN; BRAGA, 2017).

Há quatro tipos principais de obsessões, sendo cada grupo associado a um padrão de comportamento compulsivo. Há obsessões e compulsões relacionadas à simetria, a pensamentos ou ações proibidas, à limpeza ou contaminação e à acumulação. A simetria consiste em guardar coisas em perfeita ordem ou fazer algo de forma específica, como por exemplo, não pisar nas rachaduras da calçada para impedir que algo ruim aconteça. Indivíduos com impulsos obsessivos proibidos, agressivos, que podem ser de cunho sexual ou religioso, possuem obsessão para se machucar ou machucar os outros e medo de ofender a Deus. Esses sujeitos possuem compulsão por evitação, verificação, e pedidos repetidos para tranquilização. Obsessões com contaminação promovem rituais de lavagem repetitiva ou excessiva, além do uso de luvas e máscaras nas atividades diárias por conta da obsessão relacionada a germes ou contaminantes. Por fim, há obsessões ligadas à acumulação, onde as pessoas, por receio de se desfazer de alguns objetos, passam então a estocá-los, mesmo que estes não possuam nenhum valor real ou sentimental (DURAND; BARLOW, 2016).

A misofobia ou medo de contaminação é um tipo de TOC onde há “um sentimento incomparável de imundície” (DAVEY; DASH; MEETEN, 2018, p. 46) provocado sem qualquer contato com formas de contaminação. É causada por pensamentos de contaminação ou contaminantes ou até por alguma forma de violação. A misofobia gera sentimentos de sujeira ou impureza que são seguidos de limpeza compulsiva. Além dos sentimentos de contaminação, os indivíduos também sentem ansiedade, nojo, vergonha, raiva, culpa e tristeza.

Calamari *et al.* (2012 apud DURAND; BARLOW, 2016) e Kepller *et al.* (2005 apud DURAND; BARLOW, 2016) afirmam que as estimativas de prevalência de TOC variam de 1,6% a 2,3% e em um período de um ano a prevalência é de 1%. É importante salientar que pensamentos intrusivos são comuns em indivíduos considerados normais e que, portanto, não cumprem os critérios diagnósticos para TOC (BOYER; LIENARD, 2008; CLARK; RHYNO, 2005; FULLANA *et al.*, 2009 apud DURAND; BARLOW, 2016).

Segundo Albano *et al.* (1995 apud DURAND; BARLOW, 2016), a proporção do TOC entre os sexos é muito semelhante; e a idade média de início do transtorno é 19 anos. Há evidências de que os homens tendem a desenvolver o TOC mais cedo (RASMUSSEN; EISEN, 1990 apud DURAND; BARLOW, 2016), sendo

geralmente crônico (CALAMARI *et al.*, 2012; STEKETEE; BARLOW, 2002 apud DURAND; BARLOW, 2016).

Há indícios de que haja influência da cultura no conteúdo e na proporção das obsessões e compulsões, em várias partes do mundo; todavia, independente da cultura, o TOC tem demonstrado bastante semelhança entre os povos (HORWATH; WEISSMAN, 2000, WEISSMAN *et al.*, 1994 apud DURAND; BARLOW, 2016).

Vulnerabilidades psicológicas e biológicas consistem nas causas de desenvolvimento do TOC. Pensamentos repetitivos, intrusivos e inaceitáveis geram ansiedade por conta da força que possuem para o sujeito, de forma que esse não consegue evitá-los, numa tentativa frustrada de suprimi-los através de estratégias mentais e comportamentais, que são as compulsões (DURAND; BARLOW, 2016).

As drogas mais eficazes parecem ser aquelas que conseguem bloquear a recaptação da serotonina, como a clomipramina – que é um antidepressivo tricíclico – e os inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRS) – como a fluoxetina e a sertralina, apresentando maior tolerabilidade. As recaídas geralmente ocorrem quando o uso de tais medicamentos é interrompido (DOUGHERTY *et al.*, 2012; LYDIARD, BRAWMAN-MINTZER; BALLENGER, 1996 apud DURAND; BARLOW, 2016).

REGULAÇÃO EMOCIONAL

A regulação emocional pode ser conceituada como a habilidade de manter, aumentar ou diminuir os componentes de uma resposta emocional. Esse procedimento engloba a consciência e o entendimento das emoções, que envolve seus componentes fisiológicos e comportamentais, como também a capacidade de controlar comportamentos impulsivos e de agir de forma funcional ao experimentar emoções negativas (GRATZ; ROEMER, 2004 apud ZANCAN; HABIGZANG, 2018).

É um processo que corresponde ao manejo das emoções, vinculado à aptidão em modulá-las em relação ao tempo de duração e intensidade (GROSS, 2013; RODRIGUES; GONDIM, 2013 apud ZANCAN; HABIGZANG, 2018). Para Leahy (2016), não é apenas a experiência emocional que importa, mas também as interpretações e estratégias utilizadas a fim de lidar com elas ou regulá-las. É a partir das interpretações e respostas do indivíduo que poderão se desenvolver as

psicopatologias. Segundo Palmeira *et al.* (2011), Leahy postula que a tristeza, a raiva, a ansiedade e o medo são emoções negativas universais, porém a conceptualização que o indivíduo possui delas é idiossincrática.

Para Palmeira *et al.* (2011, p.445), “os esquemas emocionais negativos dificultam o processamento e a regulação emocional, prolongando a perturbação do indivíduo”. Isso pode ocorrer pois o sujeito interpreta suas emoções como incompreensíveis, diferentes, incontrolláveis, envergonhadoras e que durarão infinitamente. Nesse caso, o indivíduo estará mais sujeito ao desenvolvimento de psicopatologias, como o TOC (LEAHY, 2002 apud PALMEIRA *et al.*, 2011).

A teoria do esquema emocional é um modelo social-cognitivo, pois as emoções são fenômenos pessoais e sociais interpretadas por nós e pelos demais sujeitos, apesar de possuírem uma forte determinação biológica e estejam associadas a estímulos desencadeantes específicos. A variação das interpretações resulta na mudança da intensidade e da desregulação emocional. Há sujeitos que aceitam e usam as suas emoções de formas mais construtivas, porém há outros que percebem as suas emoções de forma negativa e isso promove tanto a regulação quanto a desregulação emocional. Desta forma, nem toda a vivência emocional gera um determinado transtorno, pois há indivíduos com capacidade de desenvolver estratégias vitais adaptativas (LEAHY, 2016).

Existem várias teorias da emoção e o modelo ou teoria do esquema emocional propõe que o processo de experiência emocional envolve a sua interpretação e avaliação, além de estratégias de controle das mesmas. Além de ser uma experiência, ela é um objeto da experiência. As emoções se desenvolveram e são experiências universais, assim como as suas interpretações, respostas e avaliações são socialmente construídas (LEAHY, 2016).

As necessidades emocionais básicas foram organizadas em cinco domínios, que englobam dezoito esquemas. Os cinco domínios dos esquemas são: desconexão e rejeição, autonomia e desempenho prejudicados, limites prejudicados, direcionamento para o outro, super vigilância e inibição (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008 apud SANTOS, 2016). Os esquemas iniciais desadaptativos implicam em disfuncionalidade e provocam muitas vezes transtornos mentais e sofrimento psicológico (CALLEGARO, 2005).

Alguns conceitos são importantes ao se considerar as avaliações cognitivas das emoções. Wilson e Gilbert (2003 apud LEAHY, 2016, p.24) definem a “previsão afetiva” como “a predição de que uma emoção será mais extremamente negativa ou positiva do que acaba sendo.”, ou seja, uma predição exagerada de respostas emocionais.

Uma das causas para essas previsões é o “focalismo” que consiste em focar num único aspecto de um acontecimento, ao invés de atentar para todos os fatores que poderiam aplacar a resposta emocional ao evento e são igualmente importantes. Outra causa para as previsões afetivas é o “viés do impacto”, que corresponde à propensão para superestimar os efeitos emocionais de um evento, isto é, a propensão para acreditar numa maior duração dos mesmos. A predição da emoção está, assim, associada ao “efeito de durabilidade”, que é a crença de que a emoção continuará por um bom tempo. Outro fator que influencia na previsão afetiva consiste na “negligência imune”, que é definida como a tendência a ignorar a própria capacidade para lidar com eventos negativos. Em outras palavras, pode-se afirmar que a expressão se refere ao não reconhecimento da própria capacidade de enfrentamento e da utilização de diversas estratégias que podem ser utilizadas para esse fim. Os indivíduos podem também superavaliar a perda em detrimento do ganho e focarem numa situação desagradável, um fenômeno conhecido como “aversão à perda”. Há, além disso, aqueles sujeitos que predizem respostas emocionais futuras com base em como se sentem no momento atual, fenômeno conhecido como “heurística de afeto”. Indivíduos com TOC geralmente estimam suas respostas emocionais futuras baseando-se em suas avaliações atuais da incerteza, fato que é conhecido como “intolerância à incerteza”. “Ignorar o tempo” representa outro fator que promove a previsão afetiva e pode ser definido como desconsiderar o tempo enquanto alternativa, obtendo um ganho inferior no presente ao invés de um ganho maior futuramente. Todos esses elementos interferem na regulação emocional (LEAHY, 2016).

A RELAÇÃO ENTRE TOC E COVID-19

Estudos centrados na influência da pandemia de COVID-19 sobre o agravamento dos sintomas de TOC e sobre a incidência dessa doença são ainda

incipientes para estabelecer conclusões fidedignas. Foram desenvolvidas pesquisas utilizando-se as palavras-chaves “TOC” e “COVID-19” na PubMed, que consiste numa base de dados online onde estão armazenados artigos científicos na área de biomedicina. Foram encontradas publicações bastante atuais, porém em língua estrangeira, necessitando, portanto, serem traduzidas a fim de que pudessem ser citadas neste trabalho. Alguns estudos apontam para o surgimento ou para um agravamento significativo da severidade dos sintomas, porém outras pesquisas indicam que os pacientes com TOC não integram a contaminação por coronavírus na sua díade obsessivo-compulsiva (FERREIRA; MARTINHO, 2021).

Pânico, ansiedade, histeria e solidão causados devido às medidas de contenção do vírus são consequências comuns da COVID-19 para pessoas ditas normais. Há evidências de que o agravamento dos sintomas obsessivo-compulsivos tem sido negligenciado, enquanto os indivíduos com o transtorno são acometidos de um sofrimento considerável. O descaso em relação à detecção precoce dos sintomas ocorre, pois, a saúde mental geralmente não é considerada prioridade no contexto pandêmico, contando inclusive com a suspensão de serviços médicos não essenciais em determinados momentos. Além disso, muitas pessoas demoram a procurar ajuda médica por conta do estigma e falta de conhecimento para embasar a identificação de um comportamento exagerado. Mesmo antes da pandemia, o TOC já representava um fardo preocupante, devido ao fato de ser uma comorbidade habitual, comparando-se com transtornos depressivos (BANERJEE, 2020, tradução nossa).

Pandemias são usualmente causas tanto de problemas psicológicos como de problemas sociais e biológicos. Indivíduos que já possuem a saúde mental comprometida são especialmente sensíveis aos efeitos negativos e ao agravamento do seu quadro. (DAVIDE *et al.*, 2020; ÖZDIN; ÖZDIN, 2020 apud TANIR *et al.*, 2020, tradução nossa). Chen *et al.* (2020 apud TANIR *et al.*, 2020, tradução nossa) demonstraram que a COVID-19 foi a responsável pela intensificação dos sintomas de transtornos mentais como o TOC, pela exacerbação do medo, hipocondria, depressão e neurastenia em estudantes universitários.

Os domínios mais comuns do transtorno são as obsessões de contaminação e a lavagem compulsiva das mãos, que tendem a reincidir a depender de fatores ambientais, como as medidas de higiene “normalizadas” e disseminadas pelos

meios de comunicação a fim de prevenir o contágio. Há consenso de que pessoas com transtornos mentais preexistentes estão mais propensas a recaídas, estresse, suicídio, paranoia, isolamento (BANERJEE, 2020, tradução nossa).

Jelinek *et al.* (2021, tradução nossa) afirma que crenças relacionadas a ameaças e crenças sobre rituais são geralmente relevantes à pandemia de COVID-19. A superestimação da ameaça e da probabilidade de perigo em geral, juntamente a vulnerabilidade pessoal a eventos adversos são mais frequentemente encontrados em indivíduos com TOC, em comparação a outros transtornos. Outro fator que pode influenciar negativamente os sintomas do TOC consiste na probabilidade do indivíduo apresentar alívio ao executar comportamentos compulsivos devido, por exemplo, à redução da estigmatização, como também ao desenvolvimento de um maior senso de competência durante o período pandêmico.

Numa pesquisa desenvolvida por Jelinek *et al.* (2021, tradução nossa), observa-se um aumento na severidade dos sintomas obsessivo-compulsivos na maioria dos participantes, especialmente naqueles que possuem compulsão por limpeza. Conflitos interpessoais, redução da mobilidade, maior disponibilidade de produtos de limpeza e fatores econômicos foram apontados como desencadeantes desse aumento. A pesquisa também demonstrou que crenças disfuncionais sobre higiene estão relacionadas a um aumento nos sintomas de TOC, enquanto que crenças funcionais estão vinculadas à diminuição dos sintomas.

Tanir *et al.* (2020, p. 2, tradução nossa) igualmente afirma a mesma ideia, tal como se observa no trecho a seguir: “Como as estratégias para combater as doenças infecciosas contêm comportamentos repetitivos por natureza, essas estratégias podem piorar o quadro obsessivo-compulsivo” (Banerjee, 2020). Tais sintomas podem piorar devido à ênfase na auto higiene promovida pelo conselho de saúde atual a fim de prevenir a contaminação pela COVID-19 (TANIR *et al.*, 2020, tradução nossa).

Ferreira e Martinho (2021) afirmam que essa aferição se torna difícil pois o limite entre pensamentos e comportamentos normais e patológicos à luz do contexto pandêmico é tênue. Ademais, o verdadeiro impacto dessa pandemia pode ser apenas verificado nos meses subsequentes (FIEDEBERG *et al.*, 2020 apud FERREIRA; MARTINHO, 2021). Banerjee (2020, p. 2) também afirma que “em surtos anteriores, tais como a Síndrome Respiratória Aguda Grave, a Síndrome

Respiratória do Oriente Médio e a Influenza, o agravamento do quadro obsessivo-compulsivo tem sido bem documentado cerca de 6 (seis) a 12 (doze) meses após o término do mesmo”.

Um estudo desenvolvido por Tanir *et al.* (2020, tradução nossa) apontou um agravamento dos sintomas obsessivo-compulsivos durante a pandemia em mais da metade dos sujeitos avaliados, especialmente no que se refere a obsessões relacionadas à contaminação e à lavagem compulsiva das mãos. Esses resultados foram provavelmente influenciados por fatores tais como informações disponibilizadas no meio social a respeito da COVID-19, grau de preocupação diária relacionado à COVID-19, tempo de diagnóstico do TOC e pelo diagnóstico de COVID-19 em algum familiar. Há evidências de que as obsessões relacionadas à contaminação e a lavagem compulsiva das mãos associam-se à noção exagerada de ameaça e responsabilidade (WHEATON *et al.*, 2010 apud TANIR *et al.*, 2020, tradução nossa).

Uma análise de um banco de dados eletrônico de saúde mental determinou que pacientes com TOC foram super-representados em pessoas que apresentam preocupações moderadas a graves acerca da gripe suína. Outro estudo demonstrou que os sintomas de TOC estava consideravelmente vinculado ao medo da gripe suína em um grupo de estudantes. Em relação ao COVID-19, uma pesquisa online apontou um agravamento dos sintomas de TOC na área médica, comparando-se com os trabalhadores não médicos (TOH *et al.*, 2021, tradução nossa).

Como resultado do projeto COLLATE, pacientes com TOC apresentaram maior depressão, ansiedade, estresse e menor qualidade de vida em relação ao grupo controle durante o período pandêmico. Os sintomas de depressão e ansiedade manifestaram-se com maior intensidade no primeiro grupo e esse fato provocou consequências de grandes proporções. Entretanto, compulsões de limpeza e checagem, além dos escores de obsessão não demonstraram ser tão elevados (TOH *et al.*, 2021, tradução nossa).

Na conclusão dos resultados do projeto, os pacientes com TOC apresentaram intensas emoções negativas, podendo-se concluir que eles serão desfavoravelmente afetados a longo prazo se intervenções eficazes não forem realizadas e o surto do vírus continuar a se desenrolar. Pesquisas realizadas anteriormente durante a

pandemia de COVID-19 sugeriram impactos na saúde mental que levaram a manifestação de psicopatologias (TOH *et al.*, 2021, tradução nossa).

METODOLOGIA

PARTICIPANTES

A amostra do tipo não probabilística por conveniência foi composta por 11 (onze) pacientes com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, previamente diagnosticados com TOC por médicos psiquiatras e alfabetizados.

Foram inclusos na amostra os pacientes que se mostraram aptos a participar de todas as etapas da pesquisa, que faziam tratamento psiquiátrico ou psicológico para o TOC com sintomatologia obsessiva, compulsiva ou ambos. Exclui-se aqueles participantes que não tinham diagnóstico prévio de TOC, que fossem adolescentes ou idosos e que desistissem em alguma etapa da pesquisa.

O contato com os indivíduos foi remoto e esse critério favoreceu a participação, visto que muitos poderiam se sentir desconfortáveis caso necessitassem se expor mais para participar da pesquisa, com receio de serem rotulados.

INSTRUMENTOS

Os recursos utilizados nesta pesquisa foram quatro, a saber: um questionário sociodemográfico, um instrumento para avaliar o TOC (Anexo), uma entrevista semiestruturada acerca da restrição social e enfrentamento da COVID-19 e um questionário sobre regulação emocional.

O questionário sociodemográfico possuía 10 (dez) questões contendo alternativas que discorrem sobre informações que permitiram classificar a amostra em relação a variáveis como sexo, renda, estado civil, condição de saúde, e outras.

A entrevista sobre restrição social e enfrentamento da COVID-19 continha também 10 (dez) perguntas e o seu objetivo foi avaliar se os pacientes apresentavam um quadro de ansiedade, compulsividade, agressividade, irritação, estresse, entre outros. Além disso, esse interrogatório visava avaliar como o indivíduo está percebendo o isolamento e como isso reflete em sua rotina diária.

O instrumento para avaliar o TOC foi o Inventário de Obsessões e Compulsões (IOC) contendo afirmações que remetiam a experiências vivenciadas na rotina diária das pessoas, em geral. O objetivo do inventário foi fazer com que o indivíduo pudesse mensurar o quanto cada item lhe causava incômodo ou aflição, numa escala de zero a quatro, sendo o primeiro o grau mais leve. Trata-se de uma escala contendo 18 (dezoito) afirmativas que compreendem 6 (seis) dimensões de sintomas obsessivos-compulsivos (verificar, acumular, neutralizar, obsessões, ordenar e limpar), com 3 (três) questões para cada uma delas. (CORDIOLI, 2014, p. 430-431). Esse inventário foi traduzido e adaptado para o português por Souza e colaboradores (SOUZA *et al.*, 2008 apud CORDIOLI, 2014). As propriedades psicométricas em contextos clínicos, ou não, e a estrutura de fatores da versão brasileira foram avaliados por Souza *et al.* (2011), que investigaram a sua validade e confiabilidade.

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE) calcula os níveis específicos de desregulação em seis áreas: não aceitação das emoções negativas, incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experimenta emoções negativas, dificuldades em controlar comportamento impulsivo quando experimenta emoções negativas, acesso limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas, falta de consciência emocional e falta de clareza emocional. A EDRE possui 36 (trinta e seis) itens numa escala *Lickert* de 5 pontos do 1 (quase nunca se aplica a mim) ao 5 (aplica-se quase sempre a mim) (COUTINHO *et al.*, 2009).

Em Portugal, a EDRE, foi traduzida, validada e utilizada primeiramente por Coutinho *et al.* (2010), e, assim como a original, apresenta a mesma estrutura fatorial. Entretanto, essa versão exibe algumas diferenças quanto aos itens de cada subescala. Com o objetivo de criar opções mais reduzidas, três versões foram desenvolvidas a partir da EDRE original, sendo a DERS-SF validada para a população portuguesa por Moreira, Gouveia e Canavarro (2020) (GARRIDO, 2020).

De acordo com Cancian *et al.* (2019), a versão brasileira foi desenvolvida por Miguel *et al.* (2017). Os últimos encontraram evidências de apoio à estrutura de seis fatores originalmente proposta pelos criadores do instrumento, pois o estudo demonstrou que a escala possui boa consistência interna e correlações positivas, podendo ser aplicada em contextos clínicos ou não.

PROCEDIMENTOS

Em relação aos seus objetivos, o estudo tem caráter descritivo e transversal pois tem o intuito de narrar um fenômeno tal como se apresenta no mundo real naquele momento específico, relacionando as variáveis e relatando como uma influencia a outra. A sua abordagem é quantitativa e qualitativa, ou mista, isto é, algumas informações poderão ser traduzidas em números e avaliadas por meio de técnicas estatísticas, enquanto outros dados refletem aspectos da subjetividade dos envolvidos. Quanto aos procedimentos técnicos, trata-se de uma pesquisa de levantamento, interrogando as pessoas participantes da amostra para promover uma análise do fenômeno estudado. Com base em seu local de realização, é uma pesquisa de campo, porém foi realizada no ambiente virtual e não possuía lugar físico para onde o pesquisador se dirigiu a fim de coletar os dados (FARIAS FILHO; ARRUDA FILHO, 2015).

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa, respeitando a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), após a aprovação deu-se seguimento a pesquisa. Devido às circunstâncias atuais de isolamento social, decidiu-se que a coleta de dados foi online, por meio de indicações de psicólogos e psiquiatras, não tendo o pesquisador contato direto com os participantes. Os questionários foram enviados através de *link*, utilizando o aplicativo de *smartphone* Whatsapp. Como o estudo visa avaliar um transtorno específico, os sujeitos que responderam os questionários deveriam necessariamente possuir tal diagnóstico.

O pesquisador enviou um link contendo o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice), com informações necessárias a respeito da pesquisa e do seu caráter sigiloso, junto aos respectivos instrumentos de coleta (questionário sociodemográfico, entrevista sobre restrições sociais na pandemia, IOC e EDRE). Desta forma, os participantes da pesquisa autorizaram a utilização dos dados por eles fornecidos, gozando da liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento, sem ônus.

Sendo a coleta de dados realizada de forma remota, o TCLE deveria conter informações suficientes, a fim de não haver equívocos. Dois dos instrumentos de coleta foram elaborados pelo próprio pesquisador e os restantes são

respectivamente uma escala e um inventário já consagrados pela literatura e utilizados na prática, que objetivam avaliar o TOC e a regulação emocional.

ANÁLISE DE DADOS

Por fim, os dados coletados foram estruturados com o uso do método de estatística descritiva e inferencial. Essas informações foram interpretadas com o auxílio do programa IBM SPSS, ferramenta de tecnologia desenvolvida para o público das ciências humanas e exatas que oferece análises estatísticas avançadas.

Realizou-se estatísticas descritivas a exemplo de frequência (Freq), média (M) e desvio padrão (DP) nos dados sociodemográficos, na entrevista sobre restrições sociais na Pandemia do COVID-19 avaliou-se a frequência das respostas dicotômicas (sim e não). No IOC verificou-se média, desvio padrão, pontuação máxima e mínima na escala geral e nos seis domínios da escala. No EDRE também coletou-se média, desvio padrão, máximo e mínimo da escala total e dos seis fatores.

Para compreender a associação entre restrições sociais no COVID-19 e desregulação emocional optou-se por dividir a amostra em dois grupos (respostas 'sim' ou 'não' no aumento de pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos) e comparar as respostas nos fatores do EDRE, por meio do teste estatístico não paramétrico Mann Whitney. Na finalidade de verificar melhor a relação entre os sintomas de TOC e a desregulação emocional realizou-se o teste de correlação de Spearman.

RESULTADO E DISCUSSÃO

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Na Tabela 1, observa-se que a maioria da amostra foi composta por mulheres (90,9%), solteiras (54,5%), que não possuíam filhos (72,7%), com nível de escolaridade superior completo (72,7%), renda salarial mensal entre 2 a 5 salários mínimos (45,4%) e situação econômica satisfatória (45,4%). Quanto à percepção

subjetiva sobre a saúde, a maioria a considerou satisfatória (63,6%) e que às vezes se sentem sozinhas (63,6%).

Analisando de forma geral o questionário sociodemográfico, pode-se notar que este aponta para uma possível influência de fatores ambientais, sociais e psicológicos, como por exemplo, o estresse provocado por alguma crise ou conflito que promove uma insatisfação perante a vida, já que o conteúdo das respostas é razoável e não excelente. Os dados provenientes das questões relacionadas à ocupação e renda mensal individual estão em concordância com o fato de que o transtorno costuma se manifestar em indivíduos de classes mais baixas ou desempregados. Nesse sentido, ratifica-se o raciocínio presente em Oliveira *et al.* (2011).

Tabela 1: Questionário Sociodemográfico

	Variáveis	Freq	%
Sexo	Masculino	1	9,1
	Feminino	10	90,9
	Não declarado	0	0,0
Idade	Entre 18 e 30	5	45,4
	Entre 31 e 50	6	54,6
	Mais de 50	0	0,0
Estado Civil	Solteiro(a)	6	54,5
	Casado(a)	3	27,3
	Companheiro(a)	1	9,1
	Divorciado(a)	1	9,1
	Viúvo(a)	0	0,0
Filhos	Nenhum	8	72,7
	1	1	9,1
	2	1	9,1
	Mais de 2	1	9,1
Escolaridade	Fundamental	0	0,0
	Médio	1	9,1
	Superior	8	72,7
	Especialista	0	0,0
	Mestre	2	18,2
	Doutor	0	0,0
	Pós-Doutor	0	0,0
Situação Laboral	Sem Profissão	2	18,2
	Desempregado	3	27,3
	Empregado Formal	2	18,2
	Empregado Informal	4	36,4
	Servidor Público	0	0,0
Renda Mensal Individual	Sem Renda	3	27,3
	Menos de 1 Salário Mínimo	3	27,3
	Entre 2 e 5 Salários Mínimos	5	45,4
	Mais de 5 Salários Mínimos	0	0,0
Situação Econômica	Ruim	3	27,3
	Satisfatória	5	45,4

Percepção de Saúde	Boa	3	27,3
	Excelente	0	0,0
	Ruim	1	9,1
	Satisfatória	7	63,6
Percepção de Solidão	Boa	3	27,3
	Excelente	0	0,0
	Nunca	1	9,1
	Às Vezes	7	63,6
	Frequentemente	3	27,3
	Sempre	0	0,0

Nº Total de Participantes: 11

Fonte: autoria própria

QUESTIONÁRIO SOBRE RESTRIÇÃO SOCIAL E ENFRENTAMENTO DA COVID-19

Considerando os temas desenvolvidos no respectivo questionário, que almeja analisar a percepção subjetiva dos participantes diagnosticados com TOC acerca da pandemia de COVID-19, construiu-se a Tabela 2. Desta forma, a primeira coluna se refere às variáveis abordadas em cada questão, seguida das colunas com as correspondentes respostas, a frequência de cada uma delas e o seu percentil.

Com base na análise das respostas, é interessante observar que 91% dos entrevistados afirmou se sentir amedrontado, assim como se sentir triste, ansioso e estressado. 54% relatou ter pensamentos indesejáveis e incontroláveis e igualmente possuir comportamentos compulsivos. Uma porcentagem elevada de medo pode estar relacionada ao contexto atual de pandemia, apesar de que, o nível de tensão proveniente da contaminação pelo vírus não estava mais tão alto. Já o grau de tristeza, ansiedade e estresse, acompanhado de uma maior incidência de pensamentos intrusos e comportamentos repetitivos têm primordialmente sua origem atribuída ao transtorno. A tristeza pode estar associada à falta de perspectivas futuras pois o TOC costuma provocar sofrimento, frustração e angústia, como foi citado por Oliveira *et al.* (2011) e Cordioli *et al.* (2017).

Na questão que aborda a frequência com que saem das suas residências, a maioria dos entrevistados (64%) afirmou fazer isso às vezes, o que pode traduzir a flexibilização ocorrida no ano de 2021. É importante refletir que, provavelmente, caso esta pesquisa tivesse sido realizada no ano anterior, as respostas a esta questão fossem diferentes, devido a conjuntura.

Com relação à percepção da própria interação social, 37% dos participantes a avaliaram como ruim. Esse resultado se deve provavelmente ao fato de que indivíduos com TOC tendem a ser menos sociáveis ou mais esquivos. Ou seja, trata-se de uma característica do próprio transtorno, como afirmado por Almeida *et al.* (2014).

Na questão que aborda a percepção de medo dos sujeitos, observa-se que a maioria (55%) a considerou como média. Na penúltima questão, os entrevistados são avaliados quanto ao enfrentamento da COVID-19 e, na última, quanto às perspectivas futuras. No geral, tanto numa como na outra questão, os avaliados foram bem otimistas pois 64% afirmou que está enfrentando bem a pandemia e 73% possuem boas perspectivas de futuro. Analisando as respostas destas duas últimas questões, pode-se atribuir estes resultados também ao cenário atual, visto que a pesquisa foi realizada em meados de 2021, quando já estavam ocorrendo flexibilizações. Inclusive a própria percepção de medo, averiguada na questão 8, pode ter sofrido a mesma influência.

Tabela 2: Percepção subjetiva dos participantes diagnosticados com TOC acerca da pandemia

Variáveis		Participantes (N= 11)	
		Freq	%
Amedrontado	Sim	10	91
	Não	1	9
Pensamentos Indesejáveis e Incontroláveis	Sim	6	54
	Não	5	46
Tristeza, Ansiedade e Estresse	Sim	10	91
	Não	1	9
Prejuízo Financeiro	Sim	5	46
	Não	6	54
Comportamentos Compulsivos	Sim	6	54
	Não	5	46
Sair de Casa	Nunca	2	18
	Às vezes	7	64
	Frequentemente	1	9
	Sempre	1	9
Interação Social	Ruim	4	37
	Boa	3	27
	Satisfatória	3	27
	Excelente	1	9
Medo	Alto	3	27
	Médio	6	55
	Baixo	2	18
Enfrentamento	Bem	7	64

	Mal	3	27
	Nada mudou	1	9
Perspectivas Futuras	Boa	8	73
	Ruim	3	27

Nota: Freq – Frequência; % - Percentil

Fonte: autoria própria

INVENTÁRIO DE OBSESSÕES E COMPULSÕES

A Tabela 3 consta a análise sintomatológica dos participantes, onde a primeira coluna corresponde às 6 (seis) variáveis que representam os sintomas de TOC, seguidas das colunas onde estão dispostos a média, desvio padrão, os valores mínimos e máximos em cada dimensão. Primeiramente, é necessário afirmar que, em relação a este inventário, o ponto de corte é o escore de 21 pontos, acima do qual os sintomas atingem, em princípio, nível clínico. Não há, para a população brasileira, um ponto de corte específico. A pontuação máxima a ser alcançada é 72 pontos (CORDIOLI, 2014). A pontuação geral dos indivíduos em todas as variáveis foi alta, correspondendo à $M = 29,6$ e ao $DP = 13,8$. Observa-se que os participantes apresentaram principalmente sintomatologias relacionadas à compulsão de 'ordenar' ($M = 7,8$ e $DP = 3,9$) e 'verificar' ($M = 5,0$ e $DP = 3,4$), além das 'obsessões' ($M = 7,3$ e $DP = 4,2$).

Através desse questionário, conseguiu-se alcançar um dos objetivos específicos da pesquisa, averiguando como os sintomas dos participantes estão situados. Nesse sentido, observou-se que os sujeitos, de fato, possuem obsessões e compulsões, servindo o inventário como uma forma de triagem, no contexto do estudo, e sugerindo que os participantes realmente possuem TOC.

Tabela 3: Análise sintomatológica dos participantes diagnosticados com TOC

Variáveis	Participantes (N = 11)		
	M (DP)		Mínimo
OCI-R	29,6 (13,8)		14
	50		
Verificar	5,0 (3,4)		0
	11		
Acumular	3,1 (1,8)	0	6
Neutralizar	3,0 (2,7)	0	9

Obsessões	7,3 (4,2) 16	2
Ordenar	7,8 (3,9) 16	3
Limpar	4,0 (4,1) 10	0

Nota: M – Média e DP – Desvio Padrão

Fonte: autoria própria

ESCALA DE DIFICULDADES DE REGULAÇÃO EMOCIONAL

Na Tabela 4, há a análise das dificuldades de regulação emocional dos participantes tanto de forma geral ($M = 105,2$ e $DP = 26,3$) quanto nas 6 (seis) áreas ou subcategorias de desregulação. As categorias representadas por valores mais elevados implicam numa maior dificuldade de regulação. Desta forma, analisando-as, os participantes obtiveram mais dificuldade em elaborar estratégias de regulação emocional ($M = 26,5$ e $DP = 8,9$), seguida pela dificuldade em se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experimentam emoções negativas ($M = 18,9$ e $DP = 2,6$) e pela dificuldade de aceitação das emoções negativas ($M = 17,9$ e $DP = 8,5$).

Num segundo momento, os participantes foram divididos em dois grupos: aqueles onde predominavam os pensamentos obsessivos e aqueles onde predominavam os comportamentos compulsivos. Para conseguir dividi-los, utilizou-se como base as respostas das questões 2 e 5 do questionário acerca da restrição social e enfrentamento da COVID-19.

Observa-se que, no grupo daqueles onde predominavam os pensamentos obsessivos, os participantes que responderam 'sim' obtiveram uma pior regulação emocional. Em contrapartida, no grupo onde predominavam os comportamentos compulsivos, o resultado não foi equivalente, pois, em várias categorias, os indivíduos que responderam 'sim' não atingiram um nível alto de desregulação. Estatisticamente, a única diferença realmente significativa está no item correspondente a 'dificuldades em controlar comportamento impulsivo quando experimenta emoções negativas', relativo à amostra dos participantes com predominância de pensamentos obsessivos ($U = 8,00$, $p < 0,05$). Provavelmente, a diferença na desregulação entre os dois grupos ocorreu devido ao contexto da pandemia, que pode ter estimulado mais os pensamentos obsessivos, em razão de

um maior afloramento emocional. É importante afirmar que indivíduos com alguma psicopatologia alcançam um escore total da escala mais elevado e, com relação aos sintomas obsessivo-compulsivos, o padrão de correlação é mais elevado com as subescalas 'estratégias' e 'objetivos' e, com as demais subescalas, o padrão é positivo, porém não tão elevado (COUTINHO *et al.*, 2010).

Tabela 4: Dificuldades na regulação emocional dos participantes diagnosticados com TOC.

Variáveis	Participantes (n=11)			Pensamentos obsessivos		Comportamentos compulsivos	
	M (DP)	Min	Max	Sim (n=6) 5)	Não (n = 5)	Sim (n = 6)	Não (n = 5)
				M (DP)	M (DP)	M (DP)	M (DP)
EDRE – Total	105,2 (26,3) 153		62	119 (25,7)	88 (17,0)	100,1 (30,7) (21,6)	111,4
Não aceitação	17,9 (8,5) 30		6	21,3 (7,9)	13,8 (7,8)	14,6 (9,1)	21,6 (6,4)
Consciência	15,7 (3,8) 21		10	17,3 (3,9)	13,8 (3,0)	15 (4,3)	16,6 (3,4)
Estratégias	26,5 (8,9) 39		8	30,1 (7,1)	22,2 (9,6)	26,6 (10,6)	26,2 (7,5)
Objetivos	18,9 (2,6) 22		13	19 (3,4)	18,8 (1,7)	20 (1,5)	17,6 (3,2)
Impulso	15,5 (5,7) 30		8	18,8 (5,7)	11,6 (2,5) [*]	15,5 (7,7)	15,6 (2,8)
Clareza	10,2 (4,3) 18		5	12 (4,7)	8,2 (3,0)	7,8 (3,3)	13,2 (3,7)

Nota: M – Média; DP – Desvio Padrão; Min – Mínimo; Max – Máximo. (U = 8,00, p < 0,05)

Fonte: Dados da pesquisa.

Como o próprio transtorno provoca a desregulação emocional nos pacientes e, além disso, esses não foram avaliados antes da pandemia, optou-se por construir a Tabela 5, que correlaciona os resultados desta escala, considerando as seis áreas de regulação emocional, com os resultados do inventário.

O teste de correlação de Spearman mostrou uma associação positiva significativa entre o escore total da desregulação e o TOC, ou seja, que quanto maior a desregulação emocional, mais sintomatologias do TOC. As subescalas 'verificar', 'obsessões', 'ordenar' e 'limpar' também se associaram positivamente de forma significativa com a EDRE, revelando que, quanto maior os sintomas de 'verificar', 'ordenar', 'limpar' e as 'obsessões', maior a desregulação das emoções.

Analisando variável por variável, observa-se que a categoria 'não aceitação das emoções negativas' se associaram significante de forma positiva com a IOC

geral e com as sintomatologias ‘obsessões’, ‘ordenar’ e ‘limpar’. A categoria ‘estratégias de regulação emocional’ se associou positiva e significativamente com as sintomatologias ‘verificar’ e ‘ordenar’. A categoria ‘controle do comportamento impulsivo’ se associou positiva e significativamente com a sintomatologia ‘acumular’ e ‘obsessões’. E, por fim, a categoria ‘clareza emocional’ se associou significativa de forma positiva com o TOC e, mais especificamente com a sintomatologia ‘limpar’. Isto significa que quanto maior a pontuação numa categoria, maiores as sintomatologias específicas. Como dito anteriormente, segundo Leahy (2002 apud PALMEIRA *et al.*, 2011), geralmente a desregulação está associada às psicopatologias, já que os sujeitos costumam não usar as suas emoções de forma construtiva.

Tabela 5: Correlações entre os sintomas de TOC e a desregulação emocional dos participantes

Variáveis	OCI-R	Verificar	Acumula r	Neutraliza r	Obsessões	Ordenar	Limpar
EDRE total	0,765**	0,673*	0,370	0,427	0,624*	0,780**	0,673*
Não aceitar	0,742**	0,540	0,485	0,487	0,653*	0,651*	0,614*
Consciência	0,454	0,444	0,267	0,259	0,419	0,303	0,542
Estratégias	0,590	0,626*	0,030	0,247	0,429	0,858**	0,469
Objetivos	0,242	0,201	-0,182	0,104	0,451	0,498	-0,082
Impulsos	0,468	0,152	0,880**	0,434	0,787**	0,459	0,266
Clareza	0,787**	0,549	0,371	0,718	0,469	0,534	0,833**

Nota: ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Fonte: autoria própria

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisando os objetivos propostos, antes da realização da pesquisa, pode-se afirmar que esta logrou sucesso ao avaliar as sintomatologias do TOC no contexto da pandemia. Ademais, o estudo pôde ratificar a relação entre o transtorno e a resposta emocional, denotando que os pacientes apresentavam um nível de desregulação alto no momento em que foram avaliados. Com a correlação entre instrumentos, conseguiu-se obter uma visão mais acurada dessa ligação, retratando fielmente como as variáveis se associam.

No entanto, provavelmente também devido ao fato do estudo ter sido realizado de forma remota, a amostra foi pequena. Seria interessante repetir a

mesma pesquisa com um número maior de pacientes, já que os resultados atuais foram bastante significativos.

Outro ponto negativo foi a impossibilidade de avaliar os participantes num momento prévio, de preferência no ano anterior, a fim de comparar os resultados e averiguar o grau de discrepância dos valores. Se os participantes tivessem sido avaliados previamente, talvez a desregulação se apresentasse com maior intensidade devido ao clima de maior tensão e ansiedade. Essas observações servem, portanto, como sugestões para estudos futuros, no sentido de examinar os fatores com mais precisão.

Entretanto, essas limitações não tiram o mérito deste estudo, que pôde avaliar esses fenômenos num contexto único de pandemia, servindo, assim, para fundamentar pesquisas em situações adversas análogas. A carência de estudos em períodos de infortúnio como a pandemia de COVID-19 faz com que os mesmos adquiram um valor maior. Desta forma, os resultados podem, inclusive, prever possíveis consequências para pessoas com o transtorno num cenário similar.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Anele Louise Silveira; SANTOS, Monize Gabriela dos; FERREIRA, Nicole Martini; CYRINO, Luiz Arthur Rangel. *Isolamento Social e Ideação Suicida em Pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. Revista Cesumar–Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, v. 19, n. 1, 2014.
- AQUINO, Estela M. L. *et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 1, p. 2423-2446, junho 2020.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed, APA, 5 ed, 2014. *E-book*.
- BANERJEE, D. D. *The other side of COVID-19: Impact on obsessive compulsive disorder (OCD) and hoarding*. Psychiatry research, 288, 112966, 2020.
- CALLEGARO, Marco Montarroyos. *A neurobiologia da terapia do esquema e o processamento inconsciente*. Rev. Bras. Ter. Cogn., Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 09-20, jun 2005.
- CANCIAN, Ana Carolina Maciel; SOUZA, Lucas André Schuster de; SILVA, Victória Helena Pesenti e; MACHADO, Wagner de Lara; OLIVEIRA, Margareth da Silva. *Psychometric properties of the Brazilian version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)*. Trends in psychiatry and psychotherapy, v. 41, p. 18-26, 2019.
- CORDIOLI, Aristides Volpato (org.). *TOC: manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo*. Porto Alegre: Artmed, 2014, 2. ed., p. 453. *E-book*
- CORDIOLI, Aristides Volpato; VIVAN, Analise de Souza; BRAGA, Daniela Tusi. *Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. Porto Alegre: Artmed, 2017.

COUTINHO, Joana; RIBEIRO, Eugénia; FERREIRINHA, Raquel; DIAS, Paulo. *Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos*. Archives of Clinical Psychiatry, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 145-151, 2010. E-book

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais*. Porto Alegre: Grupo A, 2019. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582715062/>. Acesso em: 07 abr 2021.

DAVEY, Graham; DASH, Suzanne; MEETEN, Frances. *TOC: saiba como diferenciar o transtorno obsessivo-compulsivo das manias e dos rituais do dia a dia*. São Paulo: Editora Saraiva, 2018. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553131174/>. Acesso em: 07 abr 2021.

DAVIDE, Prestia; ANDREA, Pozza; MARTINA, Olcese; ANDREA, Escelsior; DAVIDE, Dettore; MARIO, Amore. *The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study*. Psychiatry Research, v. 291, p. 113213, set. 2020. Elsevier BV.

DURAND, V. Mark; BARLOW, David H. *Psicopatologia: Uma abordagem integrada – Tradução da 7ª edição norte-americana*. São Paulo: Cengage Learning Brasil, 2016.

FERREIRA, Tiago Filipe; MARTINHO, Filipe. *Perturbação Obsessivo-Compulsiva em Tempo de COVID-19: Uma Nova Pandemia?*. Cartas ao Editor, Acta Med Port, fev 2021, p. 158-170. Disponível em: <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/15490/6252>. Acesso em: 08 maio 2021.

FINEBERG, Naomi A. *et al. How to manage obsessive-compulsive disorder (OCD) under COVID-19: A clinician's guide from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) and the Obsessive-Compulsive and Related Disorders Research Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology*. Comprehensive Psychiatry, v. 100, p. 152174, jul 2020.

FONTENELLE, Leonardo F.; MIGUEL, Euripedes C. *The impact of coronavirus (COVID-19) in the diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder*. Depression and Anxiety, v. 37, n. 6, p. 510-511, 2020.

GARRIDO, Fátima Marques. *Escala de dificuldades de regulação emocional: comparação entre as diferentes versões reduzidas*. 2020. Tese de Doutorado.

JELINEK, L.; MORITZ, S.; MIEGEL, F.; VODERHOLZER, U. *Obsessive-compulsive disorder during COVID-19: Turning a problem into an opportunity?*. Journal of anxiety disorders, 77, 102329, 2021.

KLUGER, Jeffrey. *The Coronavirus Pandemic May Be Causing an Anxiety Pandemic*. Time. Nova York, 26 mar 2020. Disponível em: <https://time.com/5808278/coronavirus-anxiety/>. Acesso em: 07 nov 2021.

LEAHY, Robert L. *Terapia do Esquema Emocional: manual para o terapeuta*. Porto Alegre: Artmed, 2016.

OLIVEIRA, Daiane de; CASAROTTO, Monica Estela; EBERT, Carla; LAUTER, Dagmar Sholl; DALLABRIDA, Francieli Ana; KOLANKIEWICZ, Adriane Cristina Bernat. *Relato de Caso de um Paciente com Diagnóstico de Transtorno Obsessivo Compulsivo e Depressão*. Revista Contexto & Saúde, v. 11, n. 20, p. 1325-1330, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946*. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 02 abr 2021.

_____. *Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Lisboa: 1 ed, abr 2002. Disponível em: https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf. Acesso em: 30 nov 2021

PALMEIRA, Lara; GOUVEIA, José Pinto; DINIS, Alexandra; LOURENÇO, Sara. *O papel dos esquemas emocionais na transgeracionalidade do processo de socialização das emoções negativas*. *Psychologica*, n. 54, p. 439-464, 2011.

PEREIRA, Mara Dantas; OLIVEIRA, Leonita Chagas de; COSTA, Cleberson Franklin Tavares; BEZERRA, Claudia Mara de Oliveira; PEREIRA, Míria Dantas; SANTOS, Cristiane Kelly Aquino dos, DANTAS; Estélio Henrique Martin. *A pandemia de COVID-19, o isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: uma revisão integrativa*. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 7, 2020.

SANTOS, Geyse Danielle Nascimento dos. *Terapia do Esquema: revisão sistemática da literatura produzida no Brasil no período de 2006 a 2016*. Monografia (Especialização) - Curso de Terapia Cognitivo-Comportamental, Centro de Estudos em Terapia Cognitivo Comportamental, São Paulo, 2016, p. 43.

SOUZA, Fernanda P.; FOA, Edna B.; MEYER, Elisabeth; NIEDERAUER, Kátia G.; CORDIOLI, Aristides V. *Psychometric properties of the Brazilian Portuguese version of the Obsessive-Compulsive Inventory: Revised (OCI-R)*. *Brazilian Journal of Psychiatry*, v. 33, p. 137-142, 2011.

TANIR, Y.; KARAYAGMURLU, A.; KAYA, İ.; KAYNAR, T. B.; TÜRKMEN, G.; DAMBASAN, B. N.; MERAL, Y.; COŞKUN, M. *Exacerbation of obsessive compulsive disorder symptoms in children and adolescents during COVID-19 pandemic*. *Psychiatry Research*, 293, 113363, 2020.

TASSARA, Izabela Gonzales; OKABAYASHI, Nathalia Yuri Tanaka; CASACA, Maria Carolina Guimarães; VERONEZ, Fulvia de Souza. *Prevalência de sintomas psicológicos em tempos de isolamento social*. *Brazilian Journal of Health Review*, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 1295-1309, 2021.

TOH, Wei Lin; NEILL, Erica; PHILLIPOU, Andrea; TAN, Eric J.; RHEENEN, Tamsyn E. Van; MEYER, Denny; ROSSELL, Susan L. *Obsessive-compulsive disorder and related symptoms amidst the COVID-19 outbreak: Results from the COLLATE project*. *Revista Psychiatry and Clinical Neurosciences*, abril 2021, vol 75, p. 146-148.

ZANCAN, Natália; HABIGZANG, Luísa Fernanda. *Regulação emocional, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com histórico de violência conjugal*. *Psico-USF*, v. 23, n. 2, p. 253-265, 2018.

DOCENTES UNIVERSITÁRIOS E TELETRABALHO: IMPACTOS PSICOLÓGICOS NA PANDEMIA DA COVID-19

Andresa Carvalho dos Santos¹
Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva²

RESUMO

Impactando a sociedade global, a pandemia da COVID-19 trouxe como consequência a necessidade de adaptação por diversos setores ao Teletrabalho, sendo a educação um dos que aderiu à modalidade. Estudos apontam vantagens e desvantagens do Teletrabalho, e com relação aos docentes, têm observado especificidades como, por exemplo, na gestão da participação dos alunos nas aulas remotas, na necessidade de maior disponibilidade on-line e de inovação pedagógica constante. Neste âmbito, o presente trabalho teve como objetivo geral investigar as contribuições do home office para o adoecimento psíquico do docente universitário teletrabalhador, através da análise das suas vivências sobre o fenômeno. Consistindo em uma pesquisa de campo descritiva com abordagem quantitativa e qualitativa, fora utilizada uma amostra de 33 professores, e os dados obtidos através de questionário específico foram analisados através da técnica de análise de conteúdo temática. Quando da análise dos dados, foram discutidas as consequências havidas para os docentes, tendo os resultados denotado que o Teletrabalho trouxe desvantagens, com destaque à percepção de que é mais cansativo e gera dificuldades na gestão das atividades do lar no ambiente de trabalho remoto. Parece haver ainda, maior desgaste físico pelos profissionais, e o isolamento social, ante a ausência do contato presencial com colegas e discentes, também foi apreendido das suas falas. Em que pesem as limitações do estudo, concluiu-se que tais desvantagens podem repercutir na saúde psíquica da classe estudada, vez que podem ser percebidas como estressores do ambiente laboral.

Palavras-chaves: Covid-19; Teletrabalho; Saúde mental; Docentes; Análise de conteúdo.

ABSTRACT

Impacting global society, the COVID-19 pandemic brought as a consequence the need for adaptation by various sectors to home office, with education being one of those that joined the modality. Studies show advantages and disadvantages of home office, and with regard to teachers, they have observed specificities such as, for example, in the management of student participation in remote classes, the need for greater online availability and constant pedagogical innovation. In this context, the present work had as general objective to investigate the contributions of the home office to the psychic illness of the teleworker university professor, through the analysis of their experiences on the phenomenon. Consisting of a descriptive field research with a quantitative and qualitative approach, a sample of 33 teachers was used, and the data obtained through a specific questionnaire were analyzed using the technique of thematic content analysis. When analyzing the data, the

1 Graduanda do curso de Psicologia UNIESP. Email: 20171111001@iesp.edu.br.

2 Professora Orientadora do curso de Psicologia. E-mail: prof1857@iesp.edu.br.

consequences for teachers were discussed, and the results denoted that home office brought disadvantages, with emphasis on the perception that it is more tiring and generates difficulties in managing the activities of the home in the remote work environment. There seems to be even greater physical wear by professionals, and social isolation, given the absence of face-to-face contact with colleagues and students, was also apprehended in their statements. Despite the limitations of the study, it was concluded that such disadvantages can have repercussions on the psychic health of the studied class, as they can be perceived as stressors in the work environment.

Keywords: Covid-19; Home office; Mental health; Teachers; Content analysis.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, o mundo vivencia a pandemia decorrente do coronavírus, vírus causador da COVID-19, cuja disseminação impactou sobremaneira a sociedade de um modo geral, provocando mudanças não apenas no que diz respeito às políticas de saúde globais, como também trazendo consequências para a economia, a educação, a cultura, dentre outros setores.

No que toca ao mundo do trabalho, pode-se dizer que, em virtude das políticas de isolamento social necessárias à contenção da doença, uma das consequências advindas da Pandemia foi a necessidade de adaptação por muitas empresas privadas e órgãos públicos da modalidade de trabalho remoto conhecida como Teletrabalho ou *home office*.

Conforme Araújo (2014), os primeiros estudos acerca do Teletrabalho remontam ao século XIX. Não constitui, portanto, um conceito recente, mas que o contexto pandêmico atual levou a uma expansão desta forma de trabalho, como um modo de preservação da saúde do trabalhador e, sobretudo, como uma estratégia de preservação da própria saúde financeira das empresas, a fim de que mantivessem em funcionamento os seus serviços, tornando-se ainda algo essencial à não interrupção do serviço público.

Inegável que o Teletrabalho trouxe benefícios, no contexto geral, tanto para as empresas quanto para os trabalhadores. Pode-se dizer, em linhas gerais que, para as empresas, há a redução de custos, o aumento da produtividade, além de uma maior facilidade também no recrutamento e seleção de pessoal. Para o trabalhador, propiciou a flexibilização de horário, a redução de custos com o

deslocamento ao local de trabalho e, inclusive, uma autonomia relativa mediante a redução dos constrangimentos hierárquicos (SILVA, 2018).

Entretanto, a expansão do trabalho remoto fomenta uma série de questionamentos quanto aos seus impactos negativos para o trabalhador. São problemas relativos à sua saúde física, como os decorrentes da ausência de equipamentos de ergonomia, dificuldades na delimitação do tempo de trabalho e de não trabalho, dentre outros. O Teletrabalho pode legitimar ainda uma invasão do espaço privado do trabalhador pela empresa (BRIDI, 2020).

O próprio isolamento dos colegas pode ser apontado como uma das suas desvantagens, precarizando-se relações, as quais são relevantes para a própria dinâmica laboral, assim como para o desenvolvimento de vínculos afetivos saudáveis.

Válido observar ainda, que o contexto profissional de um modo geral pode favorecer, em virtude das dificuldades, anseios e preocupações próprias daquele ambiente, o desenvolvimento do estresse (ocupacional) que, não tratado, poderá levar ao quadro clínico mental da síndrome de *burnout* (síndrome do esgotamento profissional), prejudicando, dessa forma, a qualidade de vida e o bem-estar psicológico do empregado, levando até à sua incapacitação e ao afastamento funcional.

A educação foi um dos setores que aderiram ao *home office*, tornando os docentes a distância uma categoria profissional exposta à tais impactos, apontando-se dificuldades, dentre outras: na utilização de ferramentas tecnológicas; no empobrecimento da comunicação com os alunos diante ausência de interação e da relação interpessoal face a face; na ação dos discentes de desativar câmera e áudio em videoconferências; e ainda, na necessidade de uma maior disponibilidade além da carga horária contratual (SANTOS; SILVA; BELMONTE, 2021).

Dessa forma, observa-se que a educação a distância e a necessidade de adaptação rápida à realização das atividades educacionais de forma quase que integralmente remota frente à Pandemia, parece ter trazido um aumento de exigências e da disponibilidade e carga horária aos professores, pelo que se tornam relevantes maiores estudos acerca das consequências deste Teletrabalho para a saúde mental da categoria profissional observada.

Sendo assim, pertinente uma investigação mais profunda acerca dos impactos da modalidade, em tamanha expansão atual, na saúde mental dos

professores, o que vem demandando exaustivamente aos profissionais da Psicologia estudos no sentido de colaborar com as demais áreas do conhecimento para a compreensão destes impactos, a fim de investigar se o *home office* tem levado ao adoecimento psíquico deste teletrabalhador.

Portanto, o presente estudo, realizado como requisito à conclusão de curso de graduação em Psicologia, buscou analisar a percepção dos docentes sobre o trabalho remoto e as consequências psíquicas havidas deste para a saúde mental do grupo estudado. Face ao exposto, levantou o seguinte problema: o Teletrabalho traz consequências negativas para a saúde mental do docente teletrabalhador?

Com base no questionamento proposto, o objetivo geral consistiu em investigar as contribuições do *home office* para o adoecimento psíquico do docente universitário teletrabalhador, através da análise das suas vivências sobre o fenômeno. Quanto aos objetivos específicos, enumeram-se: apreender as percepções do grupo estudado acerca do Teletrabalho; verificar, a partir das percepções observadas, quais as consequências positivas e negativas (vantagens e desvantagens) do *home office* para o docente; analisar de que modo os impactos negativos observados repercutem em sua saúde mental.

Para consecução dos objetivos propostos, foi realizada uma pesquisa de campo descritiva multimodal, através de um questionário sociodemográfico e um questionário específico sobre a temática, elaborados pela pesquisadora. Trabalhou-se com uma amostra não-probabilística de conveniência, tendo em vista o caráter psicossocial de seus objetos complexos e subjetivos: o fenômeno Teletrabalho e suas implicações na saúde mental de professores universitários.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ORIGEM E CONCEITUAÇÃO DO TELETRABALHO

Os primeiros estudos acerca do Teletrabalho remontam ao século XIX, sendo apontados como pioneiros no tema os norte-americanos Norbert Wiener e Jack Nilles, os quais defendiam a adoção de um modelo de trabalho à distância por empresas norte-americanas, com o intuito de promover redução nos gastos com combustíveis e, conseqüentemente, na emissão de poluentes ao meio-ambiente.

Entretanto, foi após a criação e expansão dos meios de comunicação e principalmente da *Internet*, que as empresas passaram a vislumbrar o Teletrabalho também como uma forma de aumento de sua lucratividade (ARAÚJO, 2014).

A partir do século XXI, foi dado início à chamada revolução tecnológica, através da qual houve um aperfeiçoamento das tecnologias digitais, propiciando a expansão de um “novo proletariado de serviços da era digital”, marcado pela redução de custos, potencialização da produtividade e ainda uma “disponibilidade perpétua” deste trabalhador (DELGADO; ASSIS; ROCHA, 2020).

Pode-se dizer, assim, que a revolução tecnológica e o desenvolvimento massivo das tecnologias e de formas de comunicação globais propiciaram maior flexibilização no que toca à realização de alguns tipos de trabalho, cujas ferramentas puderam ser transportadas para fora das dependências do empregador, gerando para este, economia e aumento da produtividade.

Sobre o conceito de Teletrabalho, destaca-se que não há uma única conceituação. O termo normalmente é associado ao trabalho realizado remotamente, através das tecnologias de informação de comunicação (TICs), possibilitando os resultados do trabalho em um local diverso do ocupado pela pessoa que o realiza (ROSENFELD; ALVES, 2011 apud ROCHA; AMADOR, 2018).

Assim, o Teletrabalho pode este ser definido a partir de duas características: como o trabalho desenvolvido à distância do centro de atividades da empresa; e com o uso prevalente dos instrumentos de telecomunicação de informação (RODRIGUES, 2011).

VANTAGENS E DESVANTAGENS APONTADAS NA LITERATURA

A literatura diversa aponta que o Teletrabalho trouxe vantagens e desvantagens tanto para as empresas quanto para os trabalhadores. Nesta direção, Pinel (2012 apud HAU; TODESCAT, 2018) observam que as organizações obtiveram uma redução de custos com mobiliário e pessoal; a diminuição do absenteísmo; maior alcance na seleção de pessoal; oportunidade de a empresa operar 24h por dia, não tendo suas atividades suspensas em caso de catástrofes; e ainda, maior agilidade e menor rotatividade de pessoal. No entanto, são citadas pelo autor como desvantagens: falta de lealdade para com a empresa; objeções por parte

de alguns sindicatos; aumento da vulnerabilidade dos dados da organização; aumento de custos a curto prazo, pela necessidade de adaptação de uma infraestrutura de administração e execução de tarefas remotas. E ainda, o fato de o trabalho depender fortemente da tecnologia, o que pode constituir uma fragilidade.

Já para o trabalhador, é sabido que o *home office* propiciou notórios ganhos, tais como a flexibilização de horário, a redução de custos com o deslocamento ao local de trabalho e uma autonomia relativa, mediante a diminuição dos constrangimentos hierárquicos (SILVA, 2018).

Claramente, os estudos observam que o teletrabalhador tem uma liberdade relativa no que toca à organização do seu tempo de trabalho e à sua execução. Válido ressaltar que para este ainda há uma redução nos custos com alimentação e vestuário, a possibilidade de maior concentração e menos interrupções. No caso do trabalhador com deficiência física, há a diminuição da dificuldade de deslocamento (PINEL, 2012 apud HAU; TODESCAT, 2018).

Pesquisa realizada por Filardi, Castro e Zanini (2020), que investigou pontos positivos e negativos do teletrabalho na administração pública na visão de 98 teletrabalhadores e 28 gestores do Serviço Federal de Processamento de Dados e da Receita Federal, concluiu que os teletrabalhadores consideraram como principais vantagens da modalidade, em caráter mais individual: a redução do custo com transporte e alimentação, maior segurança, menos exposição à violência e poluição, mais privacidade, maior interação com a família e mais qualidade de vida. Quanto aos aspectos relacionados mais à atividade profissional em si, foram apontados como ganhos: autonomia, motivação, produtividade, flexibilidade de horário, menos interrupções e maior qualidade do trabalho.

Entretanto, desvantagens para o trabalhador são levantadas por autores como Estrada (2014 apud HAU; TODESCAT, 2018), o qual afirma que são negativos: o isolamento social; a dificuldade de concentração quando o ambiente não é favorável; o afastamento do campo profissional e da possibilidade de ascensão na carreira. O aumento do trabalho em si, a dificuldade de comprovar acidentes laborais e o aumento dos gastos com despesas como energia e equipamentos pelo próprio empregado também são listadas como desvantagens.

No mesmo estudo *supra* referenciado, Filardi, Castro e Zanini (2020) observaram problemas de infraestrutura tecnológica, especialmente quanto à falta

de treinamento e não adaptação ao teletrabalho, além da perda de vínculo com a empresa, do isolamento profissional, da falta de comunicação imediata, da perda de status, percepção de má avaliação e falta de reconhecimento. Problemas que, segundo os autores, comprometem o próprio crescimento e o desenvolvimento na empresa.

O TELETRABALHO NO CONTEXTO EDUCACIONAL PANDÊMICO

Conforme já esboçado, a educação é uma das atividades que aderiu ao *home office*, entretanto, constituiu grande desafio à classe docente adaptação de forma tão abrupta, decorrente do âmbito pandêmico. Vê-se que os professores tiveram de se adequar às exigências desta nova realidade de aulas remotas a um contexto completamente atípico, marcado por cobranças, incertezas e expectativas, tendo que inovar em estratégias pedagógicas e, ao mesmo tempo, preservar a qualidade do ensino (MCKIMM *et al*, 2020 apud SANTOS; SILVA; BELMONTE, 2021). As dificuldades apresentaram-se desde a necessidade de aquisição de equipamentos tecnológicos suficientes para o atendimento das necessidades pedagógicas atuais.

Em pesquisa quali-quantitativa realizada por Barbosa, Viegas e Batista (2020), investigou-se quais os impactos identificados pelos profissionais de educação do ensino superior do município do Rio de Janeiro e região metropolitana sobre as suas experiências no novo modelo de aula remota, tendo constatado a menor participação dos alunos e o aumento nas horas de trabalho pelos professores, decorrente da necessidade de preparação para as aulas remotas. Apontou ainda, que 91,9% dos profissionais possuem equipamentos para ministrar aulas remotas, entretanto, desse total, apenas 11,3% recebem apoio financeiro das instituições como forma de melhorar o suporte tecnológico.

Além disso, conforme apontam Oliveira e Lemos Júnior (2018), em artigo publicado anteriormente à Pandemia, cuja temática tratada foi a educação a distância, o Teletrabalho e o Direito, a classe docente pode estar exposta a difíceis condições de Teletrabalho, consubstanciadas no excessivo número de respostas a consultas via *e-mail* e *chats* e na necessidade de realização de atividades fora do horário remunerado, o que pode repercutir na diminuição do tempo de lazer e

contato social inclusive com outros professores, o que pode refletir, em última instância, no desempenho do seu trabalho e em sua vida pessoal.

Observa-se, portanto, que a questão do aumento da carga de trabalho neste contexto de educação remota, sobretudo pela facilidade/agilidade nas formas de comunicação, é uma realidade apontada em diversos estudos, a qual pode, de fato, trazer uma repercussão negativa sobre a saúde mental deste docente.

Afora o aumento da carga de trabalho, investigam-se outras dificuldades relatadas pelos docentes advindas do *home office*. Santos (2020), por exemplo, buscou observar as experiências e perspectivas de professores portugueses quanto aos desafios de educar remotamente, e constatou relatos de dificuldades comunicacionais, com a percepção de um monólogo digital, silêncios incômodos, tendo, portanto, uma maior necessidade de gerir a participação dos alunos que muitas vezes permanecem com as câmeras desligadas. Um outro dado observado, foi a falta de privacidade, sendo referida certa intromissão dos pais nas aulas, denotando uma pressão laboral e controle mais intensos. Trata-se, portanto, a problemática advinda da restrição de contato pessoal entre professor e aluno de outro importante aspecto a ser considerado para avaliação das consequências do trabalho remoto para estes profissionais.

A QUESTÃO DO SOFRIMENTO E DO PRAZER NO TRABALHO E O ADOECIMENTO PSÍQUICO

O trabalho, ao mesmo tempo que constitui algo essencial às pessoas, fonte de sobrevivência e bem-estar, pode configurar relevante causa de sofrimento psíquico e adoecimento. De acordo com Christophe Dejours, médico francês renomado na temática da psicodinâmica do trabalho, o trabalho não consiste apenas numa atividade em si e as relações de trabalho são formas de relações sociais, ou seja, trabalhar significa engajar a subjetividade humana em um mundo hierarquizado, ordenado e coercitivo. Assim, além dos riscos inerentes ao próprio labor, há o sofrimento relacionado ao temor de não satisfazer as exigências do trabalho, as imposições de ritmo, de formação e aprendizagem, bem como as exigências de adaptação da cultura ou ideologia da empresa às relações com clientes. Para o autor, o contexto de trabalho propicia ainda medo e ansiedade como meios para se respeitar os preceitos hierárquicos, mesmo que não exista o controle

direto, pois o indivíduo pode introjetar a prática de controle, tornando-se controlador de si próprio e tendo de lidar com o sofrimento decorrente deste (DEJOURS, 2007 apud NOHARA *et al*, 2010).

O sofrimento advindo do contexto de trabalho é retratado, portanto, como uma vivência individual decorrente da necessidade de contrapor os desejos do sujeito, dotado de uma história de vivências pessoais, com as imposições decorrentes da organização do trabalho. Dessa forma, opondo-se à livre atividade do aparelho psíquico, o trabalho torna-se perigoso, pois o bem-estar advém de um livre funcionamento deste aparelho psíquico dialeticamente articulado com o conteúdo da tarefa dada ao trabalhador. E o prazer resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, resultando numa correspondente diminuição da carga psíquica do trabalho em si. Então também é fonte de prazer, visto que para Dejours, em sua luta contra o sofrimento, o sujeito elabora soluções criativas, favoráveis à produção e à saúde, o que ele denomina sofrimento criativo (LUNARDI FILHO, 1997). Para Dejours, assim, a transformação do sofrimento em criatividade exige uma organização do trabalho flexível, na qual o trabalhador possua uma maior liberdade de rearranjar seu modo operatório.

Observa-se, portanto, que a depender das condições do trabalho, este pode contribuir para o adoecimento psíquico do trabalhador, favorecendo o desenvolvimento do estresse ocupacional que, não tratado, poderá levar ao quadro clínico mental da síndrome de *burnout*, prejudicando, dessa forma, o bem-estar psicológico do empregado e levando à incapacitação e ao afastamento funcional.

No que toca ao estresse ocupacional, importante destacar que os principais estudos da área indicam que as percepções dos indivíduos são mediadoras do impacto daquele ambiente laboral sobre este. Assim, para que algo na organização seja considerado estressor, precisa ser percebido como tal pelo funcionário (PASCHOAL; TAMAYOU, 2004 apud BALASSIANO; TAVARES; PIMENTA, 2011).

Quanto à síndrome de *burnout*, pode-se dizer que esta consiste em uma resposta ao estresse ocupacional crônico. Schaufeli e Peeters (2000 apud PRADO, 2016) a conceituam como uma resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais crônicos no trabalho, sendo classificada como uma espécie de exaustão emocional, de despersonalização e sentimento de ineficácia. Vieira (2010 apud PRADO, 2016) relata ainda que *burnout* se manifesta basicamente por

sintomas de fadiga persistente, falta de energia, adoção de condutas de distanciamento afetivo, insensibilidade, indiferença ou irritabilidade relacionadas ao trabalho, além de sentimentos de ineficiência e baixa realização pessoal.

METODOLOGIA

Quanto ao tipo do presente estudo, para a consecução dos objetivos propostos foi realizada pesquisa de campo descritiva com abordagem multimodal (quantitativa e qualitativa), utilizando-se de amostra não-probabilística de conveniência, tendo em vista o caráter psicossocial de seus objetos complexos e subjetivos: o fenômeno Teletrabalho e suas implicações na saúde mental de docentes universitários.

Para o levantamento dos dados, foi selecionada amostra da população composta por 33 docentes que lecionam ou lecionaram em Teletrabalho em instituições de ensino superior no Estado da Paraíba/PB, dentre universidades particulares e públicas, não sendo restrita a um curso de graduação específico. O grupo pesquisado contou com participantes com idades acima dos dezoito anos, selecionados através de envio de mensagens por *e-mails* institucionais, rede social *Instagram* e pelo aplicativo *WhatsApp*, convidados, assim, a participarem do estudo.

Quanto à coleta dos dados, para sua realização foram utilizados um questionário sociodemográfico e um questionário estruturado sobre a temática, elaborados pela pesquisadora. O questionário sociodemográfico buscou obter informações sobre os participantes relativas à sexo, idade, estado civil, renda familiar, tipo de instituição que leciona, curso em que leciona, tempo de atuação em Teletrabalho e se o realiza de modo integral ou parcial. Quanto ao questionário específico, com 21 questões semiabertas e 1 questão aberta, as perguntas foram elaboradas a partir de eixos temáticos, relacionados com aspectos da revisão bibliográfica e escolhidos como critérios para possibilitar a análise do fenômeno.

Importante salientar que no presente trabalho de conclusão de curso, os dados detalhados das 21 questões não serão tratados, e sim apenas os dados da questão aberta, analisada qualitativamente, tendo em vista limite de páginas para atendimento aos requisitos formais de elaboração do artigo.

São os seguintes eixos temáticos que compõem o instrumento específico: ambiente e condições de trabalho *home office* (questões 1 a 4); autonomia e controle (questões 5 e 6); isolamento social (questões 7 a 10); ingerência do trabalho na vida familiar (questões 11 e 12); estresse (questões 13 a 16); reconhecimento social pelo seu trabalho (questões 17 e 18); e satisfação (questões 19 a 21). Por fim, o texto da questão aberta, cujos dados coletados serão apresentados e discutidos a seguir, consistia no que se segue: “*Depois de responder brevemente as questões anteriores, agora você tem um espaço ilimitado para escrever minuciosamente sobre a sua experiência com o home office. Estamos interessados em conhecer seu pensamento e sua percepção sobre esta modalidade de trabalho. Escreva o que lhe vem à mente.*”

Os instrumentos foram formatados e disponibilizados para participação voluntária por meio eletrônico (*e-mails* e *WhatsApp*), através da ferramenta *Google Forms*, sendo precedido por Termo de Consentimento livre e esclarecido.

Quanto ao enfoque quantitativo, os dados coletados por meio do questionário sociodemográfico foram analisados por meio do programa *Microsoft Excel 2019*, utilizando a estatística descritiva, encontrando-se dispostos em tabela organizada de acordo com as variáveis estabelecidas. Quanto ao enfoque qualitativo, visando compreender o significado que os acontecimentos e interações têm para os indivíduos em situações particulares, para a análise dos dados, optou-se pela técnica da análise de conteúdo temática, conceituada por Bardin como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977/2010 apud COUTINHO, 2011, p. 23).

O método da análise de conteúdo consiste em uma ferramenta que permite a compreensão da construção de significado que os atores sociais exteriorizam no discurso, possibilitando ao pesquisador o entendimento das representações que o indivíduo apresenta em relação a sua realidade, bem como a interpretação que faz dos sentidos a sua volta. Apresenta três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (SILVA; GOBBI; SIMÃO, 2005).

Seguindo as etapas operacionais da análise de conteúdo de Bardin, de acordo com Coutinho (2011), os dados foram analisados conforme o seguinte modelo interpretativo: primeiro, a constituição do *corpus*, o qual consiste nos textos transcritos das entrevistas; passando-se à leitura flutuante, que compreende a leitura superficial do *corpus* para absorção dos dados obtidos; após, a codificação e recortes, por meio do agrupamento do material em categorias e subcategorias simbólicas; após, a composição das unidades temáticas obtidas a partir da relação com categorias codificadas e validadas; a categorização, que consiste na classificação das unidades temáticas com base nas categorias empíricas codificadas e validadas por dois juízes, visando a identificação das categorias e subcategorias; e por fim, passa-se à descrição das categorias identificadas, consubstanciada na discussão e análise detalhadas da categorização à luz da teoria e dos objetos de estudo.

Desse modo, o processo descrito objetivou captar as representações emergentes, analisando-as à luz da literatura existente acerca da temática, buscando-se uma investigação sobre os impactos do Teletrabalho no adoecimento psíquico do grupo escolhido.

No que toca aos aspectos éticos, o presente estudo foi realizado em conformidade com a Resolução de nº 466/12 c/c a Resolução de nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde/MS, tendo a coleta de dados iniciado após a aprovação constante do Parecer de nº 4.837.454, do Comitê de Ética do UNIESP, datado de 09 de julho de 2021, observando os procedimentos éticos ali estabelecidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS PARTICIPANTES

A partir das respostas ao questionário sociodemográfico, foi elaborada a Tabela 1, o que permitiu a identificação das variáveis sociodemográficas, com seus respectivos níveis e percentuais.

TABELA 1 - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DOS PROFESSORES PARTICIPANTES (N=33)

Variáveis sociodemográficas	porcentagens
------------------------------------	---------------------

1. Tipo de instituição que leciona	Privada	72,7
	Pública	15,2
2. Área do curso de graduação que leciona *	Ambas	12,1
	Saúde	52,3
	Humanas	32,3
	Exatas	15,4
3. Modalidade de trabalho	<i>Home office</i> integral	69,7
	<i>Home office</i> parcial	27,3
	Presencial	03,0
4. Tempo de atuação na modalidade (em meses) **	0 - 12	10,3
	13 - 24	89,7
	31 - 45	75,8
5. Idade	46 - 60	18,2
	61 - 69	6,00
	Feminino	51,5
6. Sexo	Masculino	48,5
	Baixa	3,00
7. Classe Socioeconômica	Média	54,5
	>Média<Alta	42,4
	Casado(a)/União Estável	66,7
8. Estado civil	Solteiro(a)	21,2
	Divorciado(a)	12,1

Fonte: Dados da pesquisa

* Para a variável área do curso de graduação que leciona o N=65

** Para a variável tempo de atuação na modalidade (em meses) o N=29

De acordo com os resultados obtidos, vê-se que a maioria dos professores participantes (33) leciona em instituições de ensino superior privadas (72,7%), observando-se um pequeno percentual de professores que lecionam tanto na instituição particular como na pública (12,1%).

No que concerne ao curso de graduação no qual o participante ensina, observou-se que a área de Saúde predominou, sendo o curso de Psicologia o que contou com o maior número de colaboradores. Professores de Enfermagem, Odontologia, Medicina, Farmácia, Fisioterapia, dentre outros cursos da área, também participaram. Em Humanas, a segunda em porcentagem de participação, verificou-se a presença dos cursos de Direito, Comunicação Social, Publicidade, dentre outros. Sendo assim, vê-se que a pesquisa não se limitou a uma das áreas, contando com uma participação diversificada.

Um outro dado obtido foi a porcentagem de professores que laboram atualmente em Teletrabalho de forma integral, constituindo a maioria, com 69,7%. Vê-se que 97% dos participantes, ao tempo da coleta de dados, estavam trabalhando de forma integral ou parcialmente em *home office*. Tal panorama se deu

pelo fato de vigorarem quando da coleta de dados os decretos governamentais de isolamento social, visando a contenção do avanço da pandemia da COVID-19.

Quanto ao tempo de atuação no modelo teletrabalho, 89,7% estão atuando na modalidade dentre 13 e 24 meses. As idades variaram desde 31 a 69 anos, sendo a maioria do sexo feminino (51,5%). O estado civil predominante foi casado(a)/em união estável (66,7%). Quanto à classe socioeconômica, 54,5% informaram enquadrar-se na classe média.

DA ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA

Após o processamento das etapas operacionais da Análise de Conteúdo Temática, foram obtidas três categorias e treze subcategorias (Tabela 2). Em cada uma das categorias e subcategorias, foi feito um levantamento dos relatos dos participantes obtidos do questionário específico, registrando-os na tabela em unidades temáticas.

Quanto à primeira categoria “*home office – avaliação*”, esta foi subdividida em três subcategorias: “*mais exigências*”, “*vantagens*” e “*desvantagens*”. Na primeira delas, a análise do conteúdo emergente das falas parece demonstrar uma avaliação do Teletrabalho como uma modalidade que traz mais exigências do que a presencial, tendo em vista o acúmulo de tarefas e atribuições, tais como a necessidade de gravação de aulas e uma maior disponibilidade ao aluno, em tempo integral. Como exemplos, temos os recortes: “a modalidade EAD é mais rigorosa”; “alunos achando que você tem que estar disponível 24 horas”; “difícil experiência no que se refere ao acúmulo de tarefas e atribuições exigidas”.

TABELA 2 – CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS EMERGENTES DA ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES TEMÁTICAS	FREQUÊNCIA	%
<i>Home office – avaliação</i>	Mais exigências	Compara aula presencial com aula remota	6	6,1
	Desvantagens	Problemas de saúde Invasão da privacidade familiar Cobranças institucionais Isolamento social Não aplicável para disciplinas práticas	23	23,2
	Vantagens	Economia de tempo e combustível Menos desgaste no trânsito Maior comodidade Maior segurança	16	16,2

		Melhoria na relação familiar Resultados próximos ao presencial		
Home office – sentimentos	Gosta do home office	Ferramentas disponíveis Feed back positivo por parte dos alunos	9	9,1
	Desafios/Aprendizados	Necessidade de capacitação e atualização Aulas mais motivantes Necessidade de programação prévia Proporcionou novas experiências Reconfiguração da dinâmica familiar-doméstica	13	13,1
	Experiência difícil	Ausência de interação com os alunos	2	2,0
	Mais difícil no início	Pouco suporte da instituição Cobranças institucionais e dos alunos	7	7,1
	Melhorou com o tempo	Adaptação quanto à automatização de atividades Adaptação quanto à administração do tempo	3	3,0
	Ama lecionar	Satisfação pela profissão	3	3,0
	Possui facilidades particulares que o(a) ajudaram no modelo	Ausência de ruídos Compreensão pelo parceiro(a) Experiência anterior no modelo	3	3,0
Home office – perspectiva futura	Pandemia	Possibilidade de continuação do trabalho Pandemia como difícil realidade Consolidação do home office	4	4,0
	Regime híbrido	Preferência pelo modelo híbrido (aulas presenciais e remotas)	2	2,0
	Precisa de aperfeiçoamento	Intercalação de aulas síncronas e assíncronas Intercalação de aulas presenciais e remotas Avanços em termos de qualidade de vida e recursos	8	8,1
TOTAL			99	100

Fonte: Dados da pesquisa

A literatura correlata parece apontar resultados semelhantes no que toca à uma percepção de mais exigências no *home office* para os professores. Assim, concluem estudos como o de Oliveira e Lemos Júnior (2018), o qual destacou como dificuldades ao docente, o excessivo número de respostas requisitadas pelos alunos a consultas via *e-mail* e *chats* e a necessidade de realização de atividades fora do horário remunerado, o que pode repercutir na diminuição do seu tempo de lazer e contato social, inclusive com outros professores.

Enfatizando o cenário pandêmico, Macêdo, Medeiros e Rosenstock (2020) observaram que o modelo de ensino remoto, diante da situação imprevisível de retorno das atividades presenciais, obrigou os professores a um maior preparo das aulas, aumentando, assim, a sobrecarga de trabalho e tornando a rotina de isolamento mais desgastante, física e psicologicamente.

Relevante observar que o trabalho dos professores não se restringe ao tempo disponibilizado em sala de aula, mas consiste também no tempo em que este profissional fica disponível ao trabalho, ou seja, incluindo àquele gasto com planejamento e avaliação, dentre outras atividades (JUNIOR, 2000 apud MEDEIROS, 2021).

Aparenta-se que o Teletrabalho para os professores veio possivelmente acompanhado de uma maior cobrança institucional e até dos discentes, inclusive pelas ferramentas tecnológicas que o modelo possibilitou, as quais permitem o contato direto com professor através de *chats*, *e-mail*, aplicativos de mensagens instantâneas, salas de aula virtuais.

Além do exposto, a aula remota acarretou a necessidade de aperfeiçoamento do profissional mediante participação de cursos de formação e a necessidade de planejamento de atividades para as plataformas, produção de vídeos, demanda de contactar pais e solucionar dúvidas via *WhatsApp*, participação de reuniões virtuais (MEDEIROS, 2021).

Complementando os dados anteriores, na subcategoria “*desvantagens*”, os professores participantes pareceram perceber que a atividade em Teletrabalho é mais cansativa e até exaustiva. Além do que houve uma invasão na privacidade da vida familiar, havendo certa dificuldade na administração das atividades da vida pessoal no ambiente domiciliar, com a família. Quanto à sua saúde física, como desvantagem, supostamente pela questão de ausência de equipamentos ergonômicos adequados no ambiente *home office* e o tempo em que permanecem “na mesma posição” em frente ao computador, fora apontado um desgaste físico pelos participantes (tendinite/agravamento da visão). A falta de interação com os alunos, bem como de contato e vínculo presenciais, foi outro ponto negativo do Teletrabalho apontado, denotando que o isolamento social é um importante impacto desta modalidade para a categoria profissional observada.

Além das desvantagens citadas, pela percepção aparente dos participantes, o *home office* não seria possível em disciplinas práticas, assim como não seriam todas as profissões que se adaptariam a este.

Como exemplos da subcategoria “*desvantagens*”, temos os recortes: “as atividades da vida pessoal, em casa, com a família, filhos, ficaram todas misturadas, dificultando a administração das mesmas”; “considero o trabalho mais cansativo e exaustivo”; “perdemos o contato e vínculos com os alunos”; “outras implicações dessa modalidade foram tendinite no punho e agravamento da visão”; “é muito possível, com exceção de disciplinas práticas”.

Apreende-se que a pesquisa trouxe resultados semelhantes ao percebido na literatura que a fundamentou, quanto ao Teletrabalho executado pelas categorias profissionais em geral, verificando desvantagens do modelo tais como a invasão na privacidade da vida familiar, a ausência de ergonomia adequada e até o próprio isolamento social.

Especificamente quanto à dificuldade na administração das atividades da vida pessoal no ambiente domiciliar, com a família, válido mencionar interessante estudo realizado por Smaha (2009), no qual concluiu-se que no *home office* as relações entre as demandas pessoais, familiares e profissionais ficam mais próximas e diluídas, tendo em vista a ruptura espacial, temporal e até psicológica destes domínios, o que pode acarretar implicações benéficas e prejudiciais ao indivíduo. Assim, ao mesmo tempo que proporciona uma maior integração com a família, a dificuldade de equilibrar os mundos, construídos em discursos diversos, pode despontar numa crise, a depender do preparo da família para recepcionar tal modelo de trabalho.

O isolamento social percebido, consubstanciado através da falta de contato e vínculo presenciais, é outro dado relevante a ser considerado. Trabalho de revisão de literatura realizado por Costa *et al.* (2021) concluiu que as câmeras desligadas durante as aulas *on-line* geram sentimentos de solidão. Os autores observaram o quanto o ambiente afeta a saúde mental dos professores; que antes do isolamento ocorria uma maior interação, inclusive em momentos informais, e que, com a Pandemia e o ensino remoto, com as câmeras desligadas dos alunos, o meio virtual passou a ter, em sua maioria, um monólogo por parte dos professores.

Santos (2020), já referenciado, também constatou que os professores relataram dificuldades de comunicação, percepção de um monólogo digital, tendo uma maior necessidade de gerir a participação dos alunos que, muitas vezes, permanecem com as câmeras desligadas.

Dessa forma, a questão do isolamento social e o sentimento de solidão decorrente constitui dado relevante, pois pode refletir direta ou indiretamente no adoecimento psíquico dos profissionais. Fato é que o ser humano é um ser social. Conforme Myers (2016), “a necessidade de pertencimento colore nossos pensamentos e emoções”. Resistimos a romper laços sociais, porque este rompimento gera angústia e sofrimento. E de certa forma, o contexto pandêmico em si já trouxe, para além do âmbito trabalhista, o efeito do isolamento como algo até necessário a não disseminação da doença.

Entretanto, é sabido que a falta de contato social presencial é algo que pode influenciar em nossas emoções, repercutindo de forma negativa. Para Cacioppo *et al.* (2000 apud DE QUEIROZ *et al.*, 2021), a presença do outro é fato que contribui inclusive para amortecer os efeitos de eventos estressores do dia a dia. E ainda, para Cacioppo e Hawkey (2003 apud DE QUEIROZ *et al.*, 2021), o próprio isolamento social já constitui um estressor em si, o qual pode produzir o aumento nos níveis de ansiedade, estresse e depressão, podendo os indivíduos apresentarem, nesta condição, ativação vascular elevada e distúrbios no sono.

Ainda quanto à categoria “*home office – avaliação*”, no âmbito da subcategoria “*vantagens*”, observou-se que os professores parecem perceber como pontos positivos do Teletrabalho: economia do tempo gasto anteriormente com deslocamento ao local de trabalho; economia de combustível; diminuição do estresse no trânsito; maior comodidade (não precisar sair de casa ou apanhar transportes coletivos); praticidade em relação às refeições; redução de reuniões desnecessárias; segurança; e até uma melhoria na relação trabalho-família. Os participantes citaram como vantagem também o fato de o *home office* possibilitar ao professor a entrega de um resultado de trabalho muito próximo do que aconteceria no modo presencial, possibilitando a continuidade do ensino durante a Pandemia.

Como exemplos da subcategoria, temos os seguintes recortes: “economizamos combustível e tempo”; “consegue entregar um resultado muito

próximo do que aconteceria no ensino presencial”; “em tese houve melhoria na relação trabalho-família”.

Pôde-se apreender que o Teletrabalho trouxe também importantes vantagens, as quais são observadas na literatura correlata para os profissionais em geral, como: economia de tempo e combustível, maior comodidade e segurança, melhoria na relação trabalho-família. Tais dados corroboram estudos como o de Silva (2018) e o de Filardi, Castro e Zanini (2020), citados quando da fundamentação teórica, os quais também apontam como ganhos do modelo a redução de custos com o deslocamento, maior segurança e possibilidade interação com a família.

Relevante destacar ainda a percepção dos professores sobre o fato de o *home office* possibilitar a entrega de um resultado de trabalho muito próximo do que aconteceria no modo presencial, possibilitando a continuidade do ensino durante a Pandemia. Vide estudo de Pinel (2012 apud HAU; TODESCAT, 2018), citado alhures, que também apontou como uma das vantagens do modelo a oportunidade de a empresa operar 24h por dia, não tendo suas atividades suspensas em caso de catástrofes.

Dando continuidade à análise da Tabela 2, quanto à categoria “*home office – sentimentos*”, esta foi subdividida em: “*gosta do home office*”, “*desafios/aprendizados*”, “*experiência difícil*”, “*mais difícil no início*”, “*melhorou com o tempo*”, “*ama lecionar*”, “*possui facilidades particulares que o(a) ajudaram no modelo*”.

Um dado relevante observado nesta categoria foi a percepção “positiva” dos entrevistados acerca do *home office* como uma forma de desafio, no sentido de oportunizar o aperfeiçoamento e aprendizado do profissional. Na subcategoria “*gosta do home office*”, foram referenciadas as ferramentas disponíveis e o *feedback* positivo por parte dos alunos. Como exemplos temos as falas: “me sinto bem com as ferramentas disponíveis”; “sempre tenho um *feedback* muito bom dos estudantes”.

Importante destacar que o *feedback* positivo por parte dos alunos é algo que pode repercutir no reconhecimento percebido pelo professor. O reconhecimento pelo trabalho é um importante elemento considerado no processo de construção de identidade e de saúde e prazer no trabalho. Para Dejours (1993, 2009 apud BENDASSOLI, 2012), este consiste em um processo de retribuição simbólica assentado em julgamentos sobre o fazer das pessoas. E a psicodinâmica do

trabalho tem apontado uma correlação entre a falta de reconhecimento e os processos de adoecimento do indivíduo.

O reconhecimento ainda está atrelado à questão motivacional. Honneth (2006 apud BENDASSOLI, 2012) observa que ideologias gerenciais do reconhecimento se prestam a assegurar a motivação dos trabalhadores a fim de que se efetuem, sem resistência, os deveres e as tarefas esperadas.

Na subcategoria “*desafios/aprendizados*”, os recortes parecem nos mostrar que a necessidade de se atualizar em estilos de aulas motivantes a prender a atenção do aluno, de apreensão do conhecimento técnico para o uso de plataformas, tecnologias e metodologias interativas, foram fatores que possibilitaram o treinamento destes profissionais, tornando possivelmente uma experiência rica em aprendizados, ante ainda à necessidade de maior programação e experimentação por parte dos professores. Vê-se que a experiência proporcionou, na visão destes, uma evolução no uso de novas ferramentas, tais como *Zoom, Webex, Jitsi Meet, Google Meet, Google Classroom*. Observou-se, assim, o relato dos entrevistados no sentido de aprovarem a modalidade no que toca às novas ferramentas, tornando a modalidade possível ao seu tipo de trabalho. E o reconhecimento de que o *home office* possibilitou a sua continuidade mesmo no período pandêmico.

Merece destaque ainda, a citada exigência de reconfiguração da dinâmica familiar-doméstica para adequação ao modelo de trabalho remoto como algo que denotou aprendizado.

Como recortes da subcategoria “*desafios/aprendizado*” temos: “experiência rica em conhecimentos de novas metodologias e ensino”; “é um trabalho que requer muita programação de atividades por parte do professor bem como, por parte dos alunos”; “a experiência está sendo desafiadora”; “eu só evoluí nas aulas remotas”; “exige uma reconfiguração da dinâmica familiar-doméstica”.

Interessante correlacionar os dados neste ponto com a visão de Dejours, acima referenciada, pela qual o trabalho torna-se perigoso ao se opor à livre atividade do aparelho psíquico, entretanto também é fonte de prazer, visto que na luta contra o sofrimento decorrente deste trabalho, o sujeito elabora soluções criativas, favoráveis à produção e à saúde, o que ele denomina sofrimento criativo (LUNARDI FILHO, 1997). Possivelmente, os resultados demonstram que o

aprendizado decorrente da modalidade, assim percebido pelos professores, é fator que, de certa forma, amenizou o sofrimento advindo das dificuldades notadas.

Ainda na categoria *“home office – sentimentos”*, observou-se que, de modo geral, embora tenha sido uma experiência difícil pela percepção dos entrevistados, supostamente pelas desvantagens apontadas e enfatizando a questão da falta de interação presencial com o aluno, houve uma maior dificuldade no início, sobretudo pela falta de suporte por parte das instituições e pela citada cobrança por parte destas e dos alunos, gerando ansiedade. Como exemplos da subcategoria *“experiência difícil”*, temos as falas: “realidade muito difícil o trabalho remoto”; “fico triste porque os alunos na maioria, não está “presente” efetivamente nas aulas”. Como exemplos da subcategoria *“mais difícil no início”*, temos: “pouco suporte da instituição talvez por ser algo novo”; “no início achei ruim”; “a atividade em *home office* trouxe inúmeras implicações principalmente no início do uso (...) existiu cobranças de alunos e da coordenação, o que gerou ansiedade”; “no início tive muitas dificuldades”.

De certa forma, os dados parecem rememorar o discutido na subcategoria *“desvantagens”*, principalmente sob o aspecto da dificuldade relatada pelo isolamento social, bem como na subcategoria *“mais exigências”*, percebendo-se, assim, que essas exigências foram mais difíceis de se lidar no início do modelo remoto, gerando possivelmente maior ansiedade aos profissionais.

As falas dos professores parecem denotar ainda, que no lapso temporal entre o surgimento da Pandemia e o momento do registro das respostas dos participantes, de acordo com a subcategoria *“melhorou com o tempo”*, houve uma melhoria na forma de delimitação de tempo para o trabalho, família e lazer, bem como estes foram aprendendo a melhor automatizar as suas atividades. Tratou-se, portanto, de um processo natural de adaptação ao modelo. Como exemplos temos as falas: “com o tempo fui sabendo como melhor automatizar as atividades”; “com o tempo, fui delimitando limite de tempo para o trabalho, para família e lazer”.

Importante destacar que alguns citaram facilidades pessoais neste processo de adaptação, agrupadas na subcategoria *“possui facilidades particulares que o(a) ajudaram no modelo”*, como uma residência mais tranquila, com ausência de ruídos, a compreensão por parte do companheiro e até a prévia experiência em Teletrabalho em sua área de atuação. Como exemplos: “na minha residência é mais

tranquilo trabalhar em *home office*, há ausência de ruídos”; “o *home office* na área de TI e ensino já era presente”.

Por fim, ainda na categoria “*home office – sentimentos*” e subcategoria “*ama lecionar*”, observou-se também a satisfação por parte dos entrevistados em exercer a profissão escolhida, o que também possivelmente explicaria uma visão mais positiva observada acerca do Teletrabalho, aliado ao fato do aprendizado advindo da experiência ímpar vivida. Como exemplos: “estou satisfeito de poder continuar exercendo o magistério e mudando a vida das pessoas”; “faço o que amo: lecionar”.

Válido destacar neste ponto que o “trabalhar no que gosta” é apontado na Teoria da Avaliação Cognitiva, por Edward Deci, como um importante fator motivacional, dizendo respeito a uma motivação intrínseca ao indivíduo. Assim, vê-se que as pessoas possuem aptidões para determinadas atividades, e poder escolher a função a ser exercida, fazendo o que gosta, pode provocar nelas enorme satisfação (VITÓRIO, 2015). Supõe-se que este possa ser outro fator, aliado ao aprendizado decorrente do novo modelo, que amenizou os efeitos negativos aparentemente percebidos.

Na última categoria agrupada em “*home office – perspectiva futura*”, conforme apresentada na Tabela 2, da análise de conteúdo temática, foram subdivididas as seguintes subcategorias: “*pandemia*”, “*regime híbrido*”, “*precisa de aperfeiçoamento*”. Analisando-se a subcategoria “*pandemia*”, apreendeu-se que os participantes consideraram satisfatório o fato de, diante da difícil realidade decorrente da Pandemia da COVID-19, poder continuar a exercer sua profissão. Perecem perceber que o *home office* consolidou-se, embora tenham a expectativa de retorno à rotina anterior. Como exemplos: “tem sido satisfatório continuar trabalhando mesmo diante de uma pandemia que matou tantas pessoas, que trouxe tanto desemprego e fome”, “o *home office* se consolidou de forma definitiva na pandemia”.

Na subcategoria “*regime híbrido*”, os professores parecem compreender o regime híbrido como uma opção satisfatória em termos futuros. Como exemplos, temos os recortes: “creio que o modelo híbrido seria muito interessante”; “como solução, acredito na adoção de momentos *on-line* intercalados com presenciais”.

Corroborando com a solução levantada pelos professores, Berlezzi (2017 apud NARCISO; NARCISO, 2021) observa que, em meio a aproximação do mundo

real e virtual, a educação contemporânea apresenta uma tendência a se tornar híbrida.

Na subcategoria “*precisa de aperfeiçoamento*”, os professores parecem compreender também que há a necessidade de aperfeiçoamento do modelo como, por exemplo, no sentido da necessidade de mesclar aulas síncronas e assíncronas, de modo que fique menos cansativo, assim como momentos *on-line* intercalados com presenciais. Apontou-se ainda a necessidade de ajustes nas práticas da relação de professor/aluno e com demais funcionários das instituições. Também fora mencionada a necessidade de adaptações quanto à recursos e qualidade de vida do profissional. Como exemplos: “observo que existem vários ajustes/melhorias nos processos/práticas da relação de professor/aluno e funcionários nas empresas”; “acredito que precisamos avançar em termos de qualidade de vida e em recursos”.

Vê-se uma compreensão de que o Teletrabalho é uma realidade consolidada, cujas novas ferramentas e possibilidades de ensino ora descobertas terão permanência na educação. Conforme observado por Leal (2020), o ensino remoto mais do que ter possibilitado a continuidade do ensino, mostrou que o mundo acadêmico terá que adequar o ensino do século XXI a um novo projeto pedagógico, tendo a tecnologia como aliada contínua e selecionando qual ferramenta digital levará o estudante a uma melhor aprendizagem. Válido referir-se também ao estudo realizado por MACCOPPI *et al.*(2021), o qual concluiu que os docentes, em sua pesquisa, perceberam também o Teletrabalho como uma tendência, entretanto, relataram a troca de experiência e relação humana como quesitos a serem melhorados neste modelo.

Pelos resultados obtidos, tal modelo carece de aperfeiçoamento, inclusive em termos de qualidade de vida no trabalho para os docentes. Porque, conforme Moreira, Henriques e Barros (2020), a virtualização da educação obriga o professor a assumir novos papéis. Salmon (2000 apud MOREIRA, HENRIQUES; BARROS, 2020), observa que sobre este profissional passaram a recair funções de motivador, de criador de recursos digitais, de avaliador de aprendizagens e de dinamizador de grupos e interações *on-line*. Então, por demais relevante a reflexão sobre até que ponto a assunção destes inúmeros papéis, diante de uma realidade que veio para ficar, digamos assim, vem comprometendo a saúde psíquica dos docentes. Conforme discutido, alguns fatores observados podem levar ao adoecimento, pelo

que carece a temática de novos estudos pelos profissionais da Psicologia a acrescerem ao tema.

Por fim, diante do exposto, pode-se dizer que o presente trabalho atingiu o objetivo geral proposto, consistente em investigar as contribuições do *home office* para o adoecimento psíquico do docente universitário teletrabalhador, através da análise das suas vivências sobre o fenômeno; assim como os objetivos específicos, quais foram: o de apreender as percepções do grupo estudado acerca do Teletrabalho; o de verificar quais as consequências positivas e negativas do *home office*; e, por fim, analisar de que modo os impactos negativos observados repercutem em sua saúde mental.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da análise do conteúdo emergente dos relatos dos professores participantes, fora apreendido que estes, ao serem indagados acerca do tema Teletrabalho, falam em termos de avaliação, de sentimentos e de perspectiva futura.

Quanto à avaliação, observou-se que o *home office* parece ser percebido pelos profissionais como um modo de trabalho que trouxe mais exigências, assim como foram apontadas desvantagens, com destaque à percepção de que é mais cansativo, bem como de que há uma dificuldade na gestão das atividades da vida pessoal no ambiente do Teletrabalho, e acerca de um desgaste físico decorrente. A questão do isolamento social, conseqüente da ausência do contato presencial com colegas e discentes, também merece destaque. Pôde-se concluir que tais desvantagens, conforme discutido, podem repercutir na saúde psíquica destes profissionais, vez que podem ser percebidas como fatores estressores dentro deste ambiente laboral.

O presente estudo, ainda observando à avaliação dada pelos docentes, parece apontar que do Teletrabalho também decorreram vantagens, como, por exemplo, a economia de gastos com o deslocamento, em que pese a ressalva de que o profissional praticamente sozinho arcou com os custos para a adaptação do *home office*. A comodidade e segurança percebidas também corroboram com estudos anteriores acerca dos ganhos do Teletrabalho, assim como a possibilidade de manutenção da produtividade ainda que na Pandemia.

Em termos de “sentimentos”, observou-se uma percepção positiva dos docentes consubstanciada supostamente no ganho da experiência em termos de aprendizado. As novas tecnologias e a oportunidade de aperfeiçoamento, conforme discutido, trouxeram uma sensação prazerosa ao profissional, possivelmente motivando-os e amenizando os efeitos da sobrecarga de trabalho verificada. O “fazer o que ama” também é algo motivador e fora observado dos relatos dos professores que colaboraram com o estudo.

Por fim, acerca de uma perspectiva futura, a pesquisa pôde considerar que na percepção dos docentes o *home office* está consolidado, embora, supondo-se que pelos pontos negativos observados, principalmente pela questão do isolamento social e do aumento das exigências e da carga laboral, parecem manifestarem o desejo de retorno à rotina regular, sugerindo até a adoção de um modelo híbrido, através da mescla de aulas remotas e presenciais. Notou-se que os professores compreendem que o modelo carece de aperfeiçoamento também quanto à qualidade de vida no trabalho.

Possível, dessa forma, relatar que o presente trabalho de conclusão de curso de graduação em Psicologia atingiu os objetivos propostos, tendo em vista que foram apreendidos os aspectos positivos e negativos do Teletrabalho para o grupo estudado através das percepções captadas, bem como que os aspectos negativos podem sim repercutir, baseado na literatura estudada, na saúde mental dos docentes teletrabalhadores.

Ressalva-se, entretanto, que o presente estudo possui limitações, como em termos de tamanho da amostra; da impossibilidade de coleta dos dados de modo presencial tendo em vista restrições decorrentes da Pandemia, pois a coleta presencial oportunizaria uma melhor observação dos participantes, sobretudo quando se trata de relatos ligados a sentimentos, a emoções; e ainda em termos de tempo disponível para a coleta, considerando os prazos previstos. Por fim, houve a limitação também quanto à exposição dos dados quantitativos no presente artigo, ante ao número de páginas normatizado, os quais poderiam enriquecer a presente discussão, mas que também poderão embasar publicação futura. A fim de melhor aprofundamento e continuidade, vislumbra-se a ampliação mediante aplicação de entrevista em profundidade, de modo presencial, com número mínimo de 3

professores de áreas variadas de conhecimento, e outros professores de ensino fundamental e médio.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, G. S. G. **Teletrabalho: evolução, desenvolvimento e sua identificação dentro da empresa de call center**. Orientadora: Dr^a Paulla Christianne da Costa Newton. 2014. 30 f. TCC (Graduação). Curso de Direito, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande/PB, 2019.
- BALASSIANO, M.; TAVARES, E.; PIMENTA, R.C. Estresse ocupacional na administração pública brasileira: quais os fatores impactantes? **Revista de Administração Pública**, v. 45, n. 3, 2011.
- BARBOSA, A. M.; VIEGAS, M. A. S.; BATISTA, R. L. N. F. F. Aulas presenciais em tempos de pandemia: relatos de experiências de professores do nível superior sobre as aulas remotas. **Revista Augustus**, v. 25, n. 51, p. 255-280, 2020.
- BENDASSOLLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicologia em estudo**, v. 17, p. 37-46, 2012.
- BRIDI, M. A. Teletrabalho em tempos de pandemia e condições objetivas que desafiam a classe trabalhadora. In: OLIVEIRA, D. A.; POCHMANN, M. (Org.). **A devastação do trabalho: a classe do labor na crise da pandemia**. Brasília: Gráfica e Editora Positiva, 2020, p. 173-205.
- COSTA, B. R.; CARVALHO, K. G.; LIMA SILVA, E.; FERREIRA, M. F.; SOUZA, S.; HERNANDES, L. F.; BRAVO, M. D. D. S. L. IMPACTO DA COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DE EDUCADORES DO ENSINO SUPERIOR." **Anais do I Congresso Internacional de Psicologia da Faculdade América**. Vol. 1. No. 1. 2021.
- COUTINHO, M. P. L. Análise de conteúdo: breve histórico, conceitos e aplicabilidade. In: COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. **Métodos de pesquisa em psicologia social: pesquisas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: Editora Universitária, 2011. p. 17-66.
- DE QUEIROZ, D. S. *et al.* EFEITOS PSICOLÓGICOS E PSICOFISIOLÓGICOS CAUSADOS PELO ISOLAMENTO SOCIAL DURANTE UMA PANDEMIA. **Unesc em Revista**, v. 4, n. 2, p. 143-159, 2020.
- DELGADO, G. N.; ASSIS, C. D.; ROCHA, A. L. G. A melancolia no teletrabalho em tempos de coronavírus. **Revista do Tribunal Regional do Trabalho da 3. Região**. Belo Horizonte, edição especial, t. I, p. 171-191, jul. 2020.
- FILARDI, F.; CASTRO, R. M. P.; ZANINI, M. T. F. Vantagens e desvantagens do teletrabalho na administração pública: análise das experiências do Serpro e da Receita Federal. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 18, n. 1, p. 28-46, 2020.
- HAU, F.; TODESCAT, M. O teletrabalho na percepção dos teletrabalhadores e seus gestores: vantagens e desvantagens em um estudo de caso. **Navus-Revista de Gestão e Tecnologia**, v. 8, n. 3, p. 37-52, 2018.
- LEAL, P. S. A educação diante de um novo paradigma: ensino a distância (EAD) veio para ficar! **Revista Gestão & Tecnologia**, v. 1, n. 30, p. 41-43, 2020.
- LUNARDI FILHO, W. D. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 50, n. 1, p. 77-92, 1997.
- MACÊDO, S. A.; MEDEIROS, E. C.; ROSENSTOCK, K. I. V. Angústias e desafios de docentes das disciplinas práticas de enfermagem no cenário de ensino remoto. In: ROSENSTOCK, K. I. V.;

SERRÃO, L. H. C.; BARROS, I. C. S. **Inovações e desafios em tempos de educação remota: relatos de experiências em ciências da saúde**. Cabedelo/PB: Editora UNIESP, 2020.

MACCOPPI, G. U *et al.* Os desafios da prática docente no ensino a distância durante o teletrabalho. **Revista Organização Sistêmica**, v. 10, n. 18, p. 4-15, 2021.

MEDEIROS, D. M. O teletrabalho durante a pandemia da covid- 19: indicadores da intensificação do trabalho docente. **Revista Educação E Políticas Em Debate**, 2021, 10(3), 1158-1171.

MOREIRA, J. António; HENRIQUES, Susana; BARROS, Daniela Melaré Vieira. Transitando de um ensino remoto emergencial para uma educação digital em rede, em tempos de pandemia. **Dialogia**, p. 351-364, 2020.

MYERS, D. G. **Psicologia**. 9. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2016.

NARCISO, A. L. do C.; NARCISO, L. do C. Ensino Híbrido: perspectivas e possibilidades. **Anais do Encontro Virtual de Documentação em Software Livre e Congresso Internacional de Linguagem e Tecnologia Online**, [S. l.], v. 10, n. 1, 2021.

NOHARA, J. J. *et al.* O teletrabalho na percepção dos teletrabalhadores. **INMR-Innovation & Management Review**, v. 7, n. 2, p. 150-170, 2010.

OLIVEIRA, L. A. T. C.; LEMOS JUNIOR, E. P. A educação a distância, o teletrabalho e o direito: os profissionais da docência na educação virtual. **Revista Univap**, v. 24, n. 45, p. 17-33, 2018.

PRADO, C. E. P. Estresse Ocupacional: causas e consequências. **Rev Bras Med Trab**. 4(3):285-289, 2016.

ROCHA, C. T. M.; AMADOR, F. S. O teletrabalho: conceituação e questões para análise. **Cad. EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 152-162, 2018.

RODRIGUES, A. C. B. **Teletrabalho: a tecnologia transformando as relações de trabalho**. São Paulo-Dissertação de mestrado–Universidade de São Paulo, 2011.

SANTOS, G. M. R. F.; SILVA, M. E.; BELMONTE, B. R. COVID-19: ensino remoto emergencial e saúde mental de docentes universitários. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21, p. 237-243, 2021.

SANTOS, H. M. R. Os desafios de educar através da Zoom em contexto de pandemia: investigando as experiências e perspectivas dos docentes portugueses. **Práxis Educativa**, v. 15, n. e2015805, p. 1-17, 2020.

SILVA, G. E. Teletrabalho: nova configuração de trabalho flexível e possíveis efeitos à subjetividade e saúde mental dos teletrabalhadores. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 18, n. 209, p. 44-55, 2018.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. **Organizações rurais & agroindustriais**, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SMAHA, H. C. **Trabalho e família no contexto de teletrabalho: o olhar de teletrabalhadores e seus co-residentes**. Tese de Mestrado. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 2009.

VITÓRIO, E. E. G. **Teorias de Motivação de Pessoas, Aplicadas nas Organizações Públicas Fortemente Hierarquizadas** (tese de doutorado). Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2015.

EDUCAÇÃO SEXUAL E SEXUALIDADE NA INFÂNCIA: UMA VISÃO DA PSICANÁLISE

Bruna Renata Vanderlinde¹
Aline Arruda Rodrigues da Fonseca²

RESUMO

Este trabalho buscou investigar a educação sexual na infância, na visão da psicanálise, sendo a sexualidade uma dimensão humana essencial entendida em sua totalidade dos sentidos. Neste contexto o objetivo deste artigo é explanar sobre o desenvolvimento da sexualidade na perspectiva da psicanálise, explicando as fases psicosexuais da teoria freudiana e a importância da educação sexual de qualidade na construção do sujeito. Trata-se de um estudo com base em uma revisão integrativa da literatura, que visa discutir o estágio atual da contribuição acadêmica em torno dos principais fundamentos da teoria psicanalítica estudada por Freud: a sexualidade infantil. Foram encontrados, após os critérios de inclusão, nove artigos no período de 2004 a 2013. Atualmente, é possível observar que existe uma carência em pesquisas que procuram estudar sobre a importância da educação sexual desde o início da vida, e é notório perceber que existem poucas investigações sobre o tema. A psicanálise tem demonstrado a importância de compreender as fases psicosexuais da criança e o quanto é imprescindível o entendimento dos adultos para o seu desenvolvimento saudável.

Palavras-chaves: Educação sexual; Sexualidade infantil; Psicanálise.

ABSTRACT

This work seeks to investigate sexual education in childhood, from the perspective of psychoanalysis, sexuality being an essential human dimension understood in its totality of senses. In this context, the aim of this article is to explain the development of sexuality from the perspective of psychoanalysis, explaining the psychosexual phases of Freudian theory and the importance of quality sexual education in the construction of the subject. This is a study based on an integrative literature review, which aims to discuss the current stage of academic contribution around of the main foundations of the psychoanalytic theory studied by Freud: infantile sexuality. After the inclusion criteria, nine articles were found from 2004 to 2013. Currently, it is possible to observe that there is a lack of researches that seek to study the importance of sex education from the beginning of life, and it is notorious to realize that there are few investigations on the subject. Psychoanalysis has demonstrated the importance of understanding the child's psychosexual phases and how essential the understanding of adults is for their healthy development.

Keywords: Sex education; Child sexuality; Psychoanalysis.

¹ Graduanda do Curso de Psicologia UNIESP. Email: brunarenatavanderlinde@gmail.com.

² Professora Orientadora do curso de Psicologia UNIESP. Email: prof1813@iesp.edu.br.

INTRODUÇÃO

A sexualidade é uma dimensão humana essencial, e deve ser entendida na totalidade dos seus sentidos como tema e área de conhecimento. O primeiro teórico a falar sobre a sexualidade infantil foi o teórico psicanalista, Sigmund Freud.

Sigmund Freud (1856-1939) foi um médico vienense, especialista em psiquiatria, e que alterou, radicalmente, o modo de pensar a psique humana. É considerado o fundador da psicanálise, um campo clínico e de investigação teórica da mente. No ano de 1905, publicou um artigo que pela primeira vez descreveu a sua hipótese sobre a sexualidade no ser humano. Em seus trabalhos no qual abordou o tema da sexualidade infantil, tinha o intuito de auxiliar os pais na educação sexual dos filhos. Para Freud a sexualidade não surge a partir da adolescência como se acreditava. Ela está presente desde o início da vida, orientando e influenciando a criança em todo o seu desenvolvimento (PIZUTTI, 2012).

A fim de compreendermos a teoria de Freud sobre esse assunto, torna-se importante o seu esclarecimento. A sexualidade é uma necessidade básica e um aspecto do ser humano que não pode ser separado dos outros aspectos da vida.

Segundo Costa e Oliveira (2012) a sexualidade faz parte integral da personalidade de cada pessoa, o que vai além das partes do corpo, constituindo-se como uma característica que está estabelecida e presente na cultura e história de cada ser humano. Sigmund Freud confere à sexualidade um sentido bem mais amplo do que o aceito comumente.

De acordo com a psicanálise – que estuda o homem moderno ocidental, a sexualidade é constitutiva da subjetividade humana. Aqui, a mesma ultrapassa a mera questão da reprodução e se caracteriza por não ser reduzida apenas às atividades prazerosas que dependem unicamente do aparelho genital (ZORNIG, 2008).

No ano de 1905, Freud publicou um artigo sobre a sua teoria denominado de “Três ensaios sobre a teoria da sexualidade”, onde estabeleceu que o sexo não deve ser considerado um instinto (um comportamento animal definido pela genética), foi então que introduziu o termo pulsão. A existência da demanda sexual se expressa

por meio da pulsão, e essa pulsão é essencialmente desejo sexual, denominado desejo sexual.

O princípio do conceito de sexo de Freud é que todo impulso é um impulso sexual. Pulsão significa energia, são os impulsos psicológicos que impulsionam o comportamento humano. Por outro lado, energia aqui é considerada libido, que é a força motriz da vida, a força motriz do sexo. Em relação aos impulsos sexuais, Freud falou sobre a existência de impulsos parciais, principalmente relacionados à zona erótica, que é uma parte do corpo que proporciona sensações agradáveis (PIZUTTI, 2012).

As ideias subjetivas de Freud (1996) estão relacionadas à satisfação do desejo sexual, como amplamente discutido em três artigos sobre teoria sexual, nos quais o autor delinea o desenvolvimento psicosexual da criança. Explicando que as crianças obtêm prazer em certas atividades diárias relacionadas ao corpo, como sucção, defecação e masturbação. Freud usou a disposição perverso-polimorfa como base do comportamento sexual infantil.

Conforme em estudo realizado por Couto (2017) as manifestações sexuais da criança são perversas porque não têm relação com a reprodução e são polimorfas porque não estão centralizadas em um objeto sexual, mas assumem formas variadas de satisfação por meio de zonas erógenas, partes da pele ou da mucosa de onde se origina uma excitação sexual e que são tomadas como a principal referência para os outros prazeres do corpo. Portanto, o corpo da criança é atraído por alguns dos impulsos sexuais, que são dispersos, independentes uns dos outros em termos de busca de satisfação. O prazer é obtido no próprio corpo e não em objetos externos.

Costa e Oliveira (2012) comentam sobre a maneira como as pessoas entendem e discutem o termo “sexualidade” varia com a cultura, as gerações e a dinâmica familiar. Porém, é correto afirmar que, independentemente da formação específica, é sabido que um ambiente aberto e tranquilo para falar sobre este assunto é muitas vezes um ambiente saudável para o desenvolvimento integral das crianças (MAIA; SPAZIANI, 2010). Pois, o foco da educação sexual é proporcionar às crianças um desenvolvimento sexual saudável e adequado, ensiná-las a se protegerem da violência sexual, psicológica e física.

A psicanálise tem demonstrado a importância de compreendermos as fases psicosssexuais da criança e quanto é imprescindível o entendimento dos adultos para o seu desenvolvimento saudável. Partindo da visão psicanalítica, qual a importância de se compreender sobre a sexualidade infantil e a sua influência na educação sexual de qualidade?

Com isso, o trabalho tem como objetivo principal: explicar sobre o desenvolvimento sexual, segundo a vertente psicanalítica. E seus objetivos específicos são: desenredar as fases psicosssexuais propostas por Freud; abordar sobre o papel essencial da família na construção da sexualidade da criança e a importância da educação sexual de qualidade na construção do sujeito.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

No desenvolvimento humano existe uma distinção entre desenvolvimento físico, desenvolvimento cognitivo e desenvolvimento psicossocial. Onde existe um processo de alteração e estabilidade em todas as perspectivas e ao longo de todos os períodos do ciclo de vida. Apesar de serem considerados de forma discriminada, o desenvolvimento de um sujeito acontece de forma simultânea, pois estão correlacionados (PAPALIA; FELDMAN, 2013).

Entretanto, como sendo o motor do psiquismo, a sexualidade está entrelaçada nas mais distintas formas da constituição do sujeito em desenvolvimento. Está intrínseca na infância, o que faz necessário que a criança passe pelo processo da construção psíquica para, assim, se constituir como sujeito no mundo. Neste processo, a sexualidade desempenha a função de organizadora da vida psíquica (PIZUTTI, 2012).

Para Freud (1996) as pessoas possuem uma energia motivadora que as impulsiona a viver, esta é chamada de libido, que pode ser, também, energia sexual. O autor identifica o instinto sexual já na infância e detecta a presença dessa libido no recém-nascido. A sexualidade da criança, que é um ser em desenvolvimento, manifesta-se, segundo Freud, num determinado nível de seu desenvolvimento, por meio das estruturas de seu corpo que estiverem relativamente prontas. O autor traz um conceito bem específico onde a sexualidade está separada de uma ligação estreita com os órgãos sexuais e o sexo genital e é considerada uma função

corpórea mais abrangente que visa basicamente ao prazer e que pode, ou não, servir às finalidades de reprodução.

Na experiência e na teoria psicanalíticas, o termo sexualidade não designa apenas as atividades e o prazer que dependem do funcionamento do aparelho genital, mas toda uma série de excitações e de atividades presentes desde a infância, que proporcionam um prazer irreduzível à satisfação de uma necessidade fisiológica fundamental, como por exemplo: a respiração, fome, função de excreção, etc.), e que se encontram a título de componentes na chamada forma normal de amor sexual (PRISZKULNIK, 2004).

Yano e Ribeiro (2011) falam sobre o significado de sexualidade que ultrapassa a necessidade fisiológica e tem a ver com a simbolização do desejo. O que para Freud (1905) o desejo é um movimento em direção à marca psíquica deixada pela vivência de satisfação primeira que acalmou uma necessidade.

A sexualidade não pode ser reduzida apenas aos órgãos genitais, porque segundo Maia e Spaziani (2010) qualquer região do corpo é susceptível de prazer sexual, desde que tenha sido investida de erotismo na vida de alguém, e também porque a satisfação sexual pode ser alcançada sem a união genital.

A sexualidade das crianças é um tema difícil de ser abordado, pois apesar de Freud ter chocado a sociedade vienense cem anos atrás, ao propor a ideia de uma infância que se afastava da tradicional noção de pureza e de felicidade ímpar, trazendo à tona uma criança dotada de afetos, desejo e conflitos, ainda hoje temos dificuldade em aceitar a sexualidade infantil proposta pelo fundador da psicanálise (BRANDÃO; RAMOS, 2010).

Conforme citado por Silva e Megid Neto (2006) no início de seu segundo ensaio sobre comportamento sexual infantil, Freud revela uma das principais descobertas da psicanálise, senão a maior descoberta: a existência de impulsos sexuais na infância. Onde parte da opinião popular sobre o desejo sexual é que ele não existe na infância e só desperta durante o período designado da adolescência. Mas isso não é, segundo Freud, um erro qualquer, mas grave engano, que possui graves consequências, porque é o culpado de nossa ignorância das condições básicas da vida sexual hoje.

Em função desse estudo e descoberta, Freud foi injustamente submetido às mais duras críticas e insultos. Embora a visão popular de que a sexualidade tem

origem na puberdade, vem desde 1905, pode-se dizer que ainda hoje é vista como uma verdade absoluta (DUNKER, 2005).

Para Mattos (2010) é importante destacar que, no campo da psicanálise, essa "verdade" pertence a outra ordem, o que é chamado de "resistência" - tudo o que, em ações e palavras do analisando, se opõe ao acesso deste ao seu inconsciente. Vale ressaltar que "resistência" é uma palavra valiosa para ser refletida sobre o descaso com as crianças, criticado por Freud. Que ressaltou ainda que, os estudiosos de sua época não se preocupavam em investigar o desenvolvimento da vida sexual humana desde a infância; com isso, eles teriam deixado de notar a presença de manifestações sexuais nas crianças, difundindo a ideia de serem elas, seres angelicais assexuados (DUNKER, 2005).

Freud também tentou explicar relacionando essa negligência para com o infantil a um fenômeno intrapsíquico chamado amnésia. Segundo ele, isso fará com que a maioria das pessoas encubra os primeiros seis ou oito anos da infância, ocultando-lhes o início da vida sexual, fazendo com que se esqueçam de que, como adultos, na infância, manifestaram de forma vívida emoções e sentimentos - a expressão dos desejos sexuais de uma pessoa (DUNKER, 2005).

Para Prizskulnik (2004) esse fenômeno acontece porque no desenvolvimento da vida sexual, a infância não é dada atenção. Essa amnésia infantil possui um forte marco histórico na vida dos seres humanos, revelando que ela foi marcada pelo desempenho sexual desde o início, mas esses desempenhos devem ser recalçados. Na verdade, ainda hoje, a não aceitação do sexo na infância está relacionada a uma certa força contra ele. Portanto, quando Freud se pergunta quais forças afetam esse recalçamento, é possível depreender que elas estariam ligadas, sobretudo, à resistência. Mattos (2010) explica que essa resistência se tornará algo inconsciente, uma força que atua na consciência humana, afastando pensamentos insuportáveis e sendo inaceitável sem disfarce.

A sexualidade quando relacionada com a infância, é considerada uma temática assustadora e, muitas vezes, proibida. Por esse motivo acaba sendo pouco falado e explicado. No entanto, é uma dimensão humana a serviço da vida porque traz ganhos vinculados às bases fundamentais da felicidade como o exercício do prazer e do amor (PRISZKULNIK, 2004).

A sexualidade é um aspecto comum a todas as pessoas, e é considerado um termo bastante amplo e abrangente, o que dificilmente se encaixa em uma definição única e absoluta. Está presente desde que nascemos e vai sendo construída e desenvolvida no decorrer de toda a vida, através das experiências que vamos tendo ao longo dos anos (PADILHA NETTO; CARDOSO, 2013).

Para Freud e para a psicanálise em geral, o corpo, além de sua dimensão biológica, é um corpo simbólico. Simbólico no sentido de que a imagem que cada um tem de si é construída na relação com os adultos que ocupam a função de pais (BRANDÃO; RAMOS, 2010).

Segundo Padilha Netto e Cardoso (2013) a sexualidade se desenvolve a partir da interação social, de uma forma especial e profunda através da comunicação do indivíduo consigo mesmo e com o outro. Podemos dizer que a sexualidade está relacionada com tudo aquilo que somos capazes de sentir e expressar, com a forma que a gente se coloca no mundo e como nos relacionamos com o outro a fim de buscar o prazer. Esse prazer não precisa necessariamente ser prazer sexual.

De acordo com as características da vida sexual infantil, Freud em 1905 propôs uma organização por meio de quatro estágios de desenvolvimento - oral, sádico-anal, fálica e genital - que atingirão o ápice na vida sexual adulta em que as pulsões, antes parciais, ficarão sob o domínio da zona genital. Todos os estágios organizam um conflito interno típico e um padrão defensivo, como no caso da fase fálica, no qual os conflitos com o desejo sexual da mãe levam ao complexo de Édipo como um sintoma de desejo de incesto (COUTO, 2017).

Maia e Spaziani (2010) falam sobre a importância de notar também que o estágio de desenvolvimento é o resultado de um processo que inclui mecanismos de defesa, como ativação, inibição e projeção, que por sua vez significa fixação e regressão para caracterizar suas características estruturais mais dinâmicas - por ser sinuoso - e Não linear e determinística.

Cada estágio envolve uma fase de defesa como o recalque e a projeção, que por sua vez implicam fixações e regressões para caracterizar sua estrutura mais dinâmica – já que sinuosa – do que linear e determinista. Cada fase diz respeito a uma etapa do desenvolvimento da libido em que há a preponderância de uma zona erógena e uma modalidade específica de relação com o objeto (MAIA; SPAZIANI, 2010).

A fase que dá início à organização sexual infantil, conforme trazido por Couto (2017) é a fase oral, porque a boca é o destino correto para tudo que está perto do bebê. A boca permite que ele entenda o mundo ao seu redor, o seio da mãe é o primeiro objeto do desejo sexual. Posteriormente, esse objeto será abandonado porque a mãe não está totalmente disponível, o que faz com que o bebê sugue uma parte do corpo em vez de sugar o seio da mãe. Como a atividade sexual parece estar mesclada com as necessidades nutricionais, podemos dizer que o leite é o objeto de satisfação do corpo biológico, enquanto o seio materno é o objeto de satisfação do corpo espiritual, pois enquanto o bebê está sugando, há uma relação global de emoções em ordem simbólica.

As características do período oral são sintetizadas da seguinte maneira: devido ao grande prazer dos lábios e da membrana mucosa da cavidade bucal, a fonte de excitação é a cavidade oral, o alvo é o seio materno e o objetivo é a introjeção do objeto (ZORNIG, 2008).

Conforte citado por Zornig (2008) ainda no período pré-genital da sexualidade infantil, Freud localiza a fase sádico-anal. Assim como as mucosas da boca, a mucosa intestinal é fonte de intensa excitação, facilmente observada por doenças intestinais frequentes na primeira infância. Portanto, o objeto que caracteriza a fase sádico-anal são as fezes, que são utilizadas pela criança como moeda de troca na relação com o cuidador.

A força motriz dominante da musculatura corporal vem do ato de capturar / liberar fezes, as crianças tratam as fezes como parte de seu corpo, por isso se preocupam tanto com seu próprio destino. O valor simbólico dos excrementos é tal que a criança "dá de presente" ao cuidador. Portanto, estabelece uma relação dócil com a outra parte - quando aceita a produção de fezes - ou obstinada - quando insiste em "segurar" no intestino. Nessa relação de troca com o outro, há ganhos e perdas: ao abrir mão do prazer proporcionada pelos dejetos, a criança ganha respeito social (PRISZKULNIK, 2004).

A terceira fase foi pontuada por Freud, como a existência de uma fase que já poderia ser denominada de genital. No entanto, pelo fato de haver, por parte da criança, o reconhecimento apenas da genitália masculina, tal fase foi denominada de fase fálica. Nela, o menino assume que todos são como ele e têm um pênis, que é

considerado uma parte anatômica valiosa e um apêndice visível e valioso. Portanto, é a primazia do pênis (MATSUKURA; VIEIRA, 2017).

Os autores Matsukura e Vieira (2017) falam sobre a primazia do pênis que envolve a caracterização baseada na presença / ausência do pênis. Essa é a diferença entre o estágio peniano e o tecido genital adulto na teoria de Freud: a primeira coisa não são os órgãos genitais, mas o pênis. Nesse caso, o pênis não se reduz a um pênis, é qualquer objeto que nossa libido põe nele, como representante do desejo, proporcionando uma sensação de integridade - sempre enganosa. Portanto, no estágio fálico, os meninos sentirão dor por perder o pênis, enquanto as meninas sentirão dor por tê-lo perdido. O estágio do pênis é importante porque marca o pico e o declínio do complexo de Édipo devido à ameaça de castração.

Na experiência edipiana, a criança vivencia o movimento erótico de seu corpo em direção ao corpo dos pais, o que difere da busca sexual na adolescência, que aponta para objetos fora do ambiente doméstico. Portanto, o impulso sexual é dirigido à mãe e o ódio dirigido ao pai (PRISZKULNIK, 2004).

Tudo começa quando o corpo da criança recebe os cuidados de que necessita desesperadamente. A ternura da mãe ou de seu substituto para com o bebê promove a sensualidade de seu corpo pequeno, desperta seu desejo sexual e, assim, desperta sua vida. Portanto, seja qual for o ambiente familiar ou social e cultural em que a criança cresça, o complexo de Édipo sempre existe, interferindo no processo de formação do sujeito, interferindo na estrutura clínica, principalmente na neurose e no caminho sem psicopatologia (PRISZKULNIK, 2004).

O abuso sexual infantil também incide sobre a resolução do Complexo de Édipo, que é parte do desenvolvimento psicosssexual da criança e fase estruturante na vida de todo sujeito, onde a criança em seu psiquismo expressa o desejo incestuoso e a rivalidade parental na disputa pelo ser amado e precisa dos pais na marcação dos limites desse desejo. No entanto, quando se trata de uma família incestuosa, o objeto de amor da criança opera dentro da patologia e não aceita as regras impostas pela sociedade, desrespeitando a fragilidade do psiquismo e o corpo da criança (FRANÇA, 2017).

A família, desde os tempos mais antigos, corresponde a um grupo social que exerce marcada influência sobre a vida das pessoas, sendo encarada como um grupo com uma organização complexa, inserido em um contexto social mais amplo

com o qual mantém constante interação. Possui um papel primordial no amadurecimento e desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos. Pode-se dizer, assim, que esta instituição é responsável pelo processo de socialização primária das crianças e dos adolescentes (LIMA *et al.*, 2015). Apresenta algumas funções primordiais, as quais podem ser agrupadas em três categorias que estão intimamente relacionadas: funções biológicas (sobrevivência do indivíduo), psicológicas e sociais (SILVA *et al.*, 2008).

Prizskulnik (2004) fala sobre a construção do sujeito humano criança para a psicanálise, que começa antes mesmo do nascer biologicamente da criança. Ao nascer ela já encontra essa trama inevitável, e é inevitável pelo fato de o ser humano pertencer a uma dada filiação, a uma dada sociedade, a uma dada cultura. Portanto, ela nasce inserida na linguagem e num determinado contexto familiar e socioeconômico-cultural.

Corroborando as ideias de Silva *et al.*, (2008) é na família que a criança encontra os primeiros "outros" e com ela aprende o modo humano de existir. Seu mundo adquire significado e ela começa a constituir-se como sujeito. Isto se dá na e pela troca intersubjetiva, construída na afetividade, e constitui o primeiro referencial para a formação da sua identidade.

O grupo familiar tem um papel fundamental na constituição dos indivíduos, sendo importante na determinação e na organização da personalidade, além de influenciar significativamente no comportamento individual através das ações e medidas educativas tomadas no âmbito familiar (SILVA *et al.*, 2008).

Os autores Siqueira e Trabuco (2013) falam sobre a importância de saber a hora e a melhor maneira de falar sobre sexualidade, onde os temas que envolvem o assunto podem trazer muitos benefícios para a saúde sexual, física e emocional na infância. Respeitar as fases de crescimento e o que abordar em cada uma delas pode ajudar a evitar equívocos na maneira de lidar com a questão, respeitando formas de expressão da sexualidade, sem reprimi-las, e desenvolvendo capacidade para meninas e meninos aprender sobre o seu próprio corpo (YANO; RIBEIRO, 2011).

Em concordância com Siqueira e Trabuco (2011) a busca não é por uma educação sexual médico-higienista, que somente discute as doenças sexualmente transmissíveis ou a funcionalidade do aparelho sexual humano, mas que desenvolva

uma educação saudável através de um conjunto de fatores como a funcionalidade do corpo, os valores sociais, éticos, estéticos e de comportamentos referenciais, responsáveis, com abertura para entender a afetividade.

METODOLOGIA

O presente artigo trata-se de uma revisão integrativa, segundo a qual para Santos (2012) esse método de pesquisa, visa a demonstrar o estágio atual da contribuição acadêmica em torno de um determinado assunto, proporcionando uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, conduzindo ao ponto necessário para investigações futuras e desenvolvimento de estudos posteriores.

A realização da revisão cumpriu as seguintes etapas: identificação do tema, elaboração da pergunta de investigação e definição do objetivo, estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão, seleção dos estudos, avaliação dos resultados e análises, discussão e apresentação das evidências encontradas.

Este estudo é fundamentado seguindo as seis etapas propostas por Souza, Silva e Carvalho (2010) as quais são: 1) elaboração da pergunta norteadora; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) coleta de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados e 6) apresentação da revisão integrativa.

De acordo com a primeira etapa, a questão norteadora deste artigo foi: “Qual a importância de se compreender sobre a sexualidade infantil e a sua influência na educação sexual de qualidade?”.

Para comprimir a segunda etapa que se constituiu pela busca em base da literatura de forma ampla e diversificada, a pesquisa foi realizada no ano de 2021, com embasamento das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO).

Na realização da terceira etapa, que foi composta pela coleta de dados, as buscas dos artigos encontrados partiram de critérios de inclusão. Foram utilizados descritores com as seguintes palavras chaves - sexualidade infantil e educação sexual infantil. Partindo dessa combinação foram encontrados o total 101 artigos. Para a realização do estudo foi feito um recorte temporal dos últimos vinte anos (2001 a 2021), publicados na língua portuguesa, resultando um total de 21 artigos.

Para a execução da quarta etapa que abrange a análise crítica dos estudos incluídos, realizou-se a leitura dos títulos e resumos dos 21 artigos encontrados, com o objetivo de refinar a amostra por meio de critérios de inclusão e exclusão, da temática de cada artigo, foram excluídos 11 artigos que não estavam dentro do objetivo proposto, resultando no total de 9 artigos.

Foi possível identificar que entre os nove artigos encontrados, todos foram pesquisas qualitativas; 6 artigos com dupla autoria; 2 artigos escritos por um autor e apenas 1 artigo escrito por quatro autores.

Na quinta etapa, o objetivo abrangeu a discussão dos resultados, onde foi observado que existe uma carência nos estudos com o intuito de investigar sobre a importância da educação sexual infantil, e foi notório perceber que existe poucos avanços nos mais de cem anos decorridos dos escritos de Freud sobre a sexualidade na infância.

Para a realização da sexta etapa, que equivale a apresentação da revisão integrativa, os resultados encontrados foram os autores Costa e Oliveira, (2012); Maia e Spaziani, (2010); Padilha Netto e Cardoso, (2013); Prizskulnik, (2004); Silva; *et al*, (2008); Silva e Megid Neto, (2006); Siqueira e Trabuco (2013); Yano e Ribeiro (2011); Zornig (2008).

Título	Autores	Objetivo	Principais resultados	Revista	Ano de Publicação
A sexualidade segundo a teoria psicanalítica freudiana e o papel dos pais neste processo	COSTA, E. R.; OLIVEIRA, K. E.	Explicar sobre o desenvolvimento sexual segundo a vertente psicanalítica, explicitando as fases psicosexuais proposta por Freud.	A sexualidade não se vincula apenas ao psiquismo do indivíduo, mas está atrelada também a sua formação pessoal e que as crianças são dotadas de sexualidade desde que nascem, buscando o prazer em todas as fases vivenciadas por elas.	Itinerarius Reflectionis	2012

MANIFESTAÇÕES DA SEXUALIDADE INFANTIL: percepção de pais e professoras de crianças de 0 a 6 anos.	MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi; SPAZIANI, Raquel Baptista.	Investigar a percepção de sete professoras, cinco pais e dezoito mães sobre as manifestações sexuais de crianças de até seis anos por meio de um questionário com questões semiabertas e posterior análise de conteúdo.	As manifestações sexuais identificadas pelos adultos, na casa ou na escola, referem-se, principalmente, às questões de gênero e à descoberta do corpo: as crianças reproduzem concepções de masculino e feminino, manipulam seu próprio corpo ou o de outros, verbalizam sobre namoro, beijo na boca e sexo. As professoras, mais do que os pais e mães em casa, percebem os comportamentos sexuais das crianças, que na escola são explícitos.	Linhas: Revista do Programa de Pós-Graduação em educação	2010
Sexualidade e pulsão: conceitos indissociáveis em psicanálise?	PADILHA NETTO, Ney K.; CARDOSO, Marta R.	Problematizar o conceito de pulsão sexual na obra freudiana, conceito que serve como uma espécie de chave mestra para a teorização não apenas da sexualidade, mas da vida psíquica como um todo.	Na teoria da sedução generalizada de Laplanche, o pulsional advém do contato humano, da comunicação intersubjetiva, das mensagens que são veiculadas nessa comunicação. Dessa forma, pulsão e sexualidade são noções indissociáveis, pois se a pulsão é o que advém do contato humano e os conteúdos humanos estão permeados de sexualidade.	Psicologia em estudo	2013

RESULTADO E DISCUSSÃO

Quadro 1: revisão dos artigos encontrados de 2004 a 2013

A criança sob a ótica da Psicanálise: algumas considerações	PRISZKULNIK, Léia.	Dar alguns subsídios para se pensar sobre a criança sob a ótica da Psicanálise. Parte de um breve trajeto pela história ocidental, indicando como a ideia e o conceito de criança e de infância têm se modificado de acordo com visões de mundo peculiares a um determinado tempo e lugar.	Freud, contesta a concepção de infância como sendo um período calmo e tranquilo ao enfatizar que as crianças também precisam achar sentidos para muitas questões e enigmas que geram muita ansiedade, enfatiza que elas também vivem conflitos e contradições diante de questões essenciais do ser humano diante de si mesmo e dos grandes mistérios da vida e do universo.	Psic	2004
---	--------------------	--	---	------	------

Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil	SILVA, Nancy Capretz Batista da <i>et al</i>	Discutir o impacto de variáveis da família sobre o desenvolvimento infantil, especificamente fatores de risco e de proteção, abrangendo também desenvolvimento escolar.	A identificação de variáveis da família que têm influência sobre o desenvolvimento das crianças pode permitir a compreensão da dinâmica familiar bem como a especificidade do processo de desenvolvimento dos indivíduos, possibilitando delinear intervenções que favoreçam um adequado desenvolvimento infantil.	Temas Psicologia	2008
Formação de professores e educadores para abordagem da educação sexual na escola: o que mostram as pesquisas.	SILVA, Regina Célia Pinheiro da; MEGID NETO, Jorge.	Estudar as produções de pós-graduação brasileiras sobre formação de professores/educadores para o trabalho com Educação Sexual nos vários níveis escolares, com objetivo de conhecer e apontar as principais tendências dessa produção.	Os resultados apontam profissionais despreparados tanto na formação inicial quanto na continuada.	Ciência & Educação (Bauru)	2006
Educação Sexual no Desenvolvimento Infantil.	SIQUEIRA, Teresa Cristina Barbo; TRABUCO, Paula Maria.	Discutir a educação sexual infantil, após uma breve reflexão sobre a história da sexualidade, traz as teorias de Freud, Erickson e Piaget sobre o desenvolvimento psicosssexual da criança.	Reconhecer tipos e situações de abuso sexual e discutir formas de soluções. Desenvolver capacidades de expressar os seus sentimentos e opiniões, bem como aceitar os dos outros por meio de vários assuntos que poderão aparecer nos encontros com as crianças.	Educativa	2013
O desenvolvimento da sexualidade de crianças em situação de risco.	YANO, Karen Murakami; RIBEIRO, Moneda Oliveira.	Retratar e analisar o desenvolvimento da sexualidade de crianças em situação de risco.	A falta de orientação e de informação, as referências e fontes inadequadas de conhecimento e a violação de seus direitos caracterizaram o percurso da sexualidade dessas crianças.	Revista da Escola de Enfermagem	2011
As teorias sexuais infantis na atualidade: algumas reflexões.	ZORNIG, Silvia M. A.	Retomar a concepção freudiana da sexualidade infantil, discutindo seu valor estruturante na constituição da subjetividade da criança.	Manter a importância da concepção freudiana sobre a sexualidade infantil é reconhecer sua dimensão singular e estruturante: singular por estar referida à construção da subjetividade a partir da representação psíquica da relação corpo a corpo com o outro; e estruturante por testemunhar as marcas relacionais que funcionam como referentes para uma apropriação narrativa <i>a posteriori</i> .	Psicologia em Estudo	2008

Fonte: Autoria própria

O quadro 1 apresenta os artigos encontrados a partir dos critérios de inclusão sendo: publicados no idioma português, com as palavras chaves - sexualidade infantil e educação sexual infantil. Tendo como critério temporal os últimos vinte anos. E ainda, os critérios de exclusão foram artigos em outros idiomas, os que não apresentam conteúdo da temática e/ou artigos publicados com mais de vinte anos. Foram encontrados nove artigos publicados nos anos 2004 – 2006 – 2007 – 2008 - 2010 – 2011 e 2013.

No artigo “Sexualidade e pulsão: conceitos indissociáveis em psicanálise?” os autores Padilha Netto e Cardoso (2013) discutem sobre a dimensão única da sexualidade na infância, onde se refere à sua associação direta com a relação afetiva estabelecida entre a criança e seus cuidadores. Complementando Maia e Spaziani (2010) no artigo “Manifestações da sexualidade infantil: percepção de pais e professoras de crianças de 0 a 6 anos”, comentam que ao cuidar de seu corpo, a criança está internalizando a função maternante de seus pais. Ao sentir uma excitação física, ela vai inicialmente precisar de adultos que acolham sua excitação desorganizada e lhe deem um contorno simbólico e afetivo.

Complementando as ideias de Padilha Netto e Cardoso (2013) e Maia e Spaziani (2010), no artigo “Educação Sexual no Desenvolvimento Infantil”, os autores Siqueira e Trabuco (2013) reconhecem a necessidade e a importância da Educação sexual no desenvolvimento infantil, pois o ambiente vivido é extremamente sexualizado. E afirmam ainda que a sexualidade está na propaganda no discurso político, na representação da vida, nas simbologias e nas utopias.

É por esse motivo que se faz necessário que pais e responsáveis se aprofundem na compreensão da sexualidade, para que façam uma intervenção qualitativa, subjetiva, ética e informativa, capaz de dar às novas gerações alguma segurança, alguma referência na vivência social e pessoal da sexualidade humana. A educação sexual, no seu sentido mais profundo, não é uma mera questão técnica, mas sim uma questão social, estrutural, histórica, isto significa que, está aberta a novas significações, novos sentidos (SIQUEIRA; TRABUCO, 2013).

A autora Zornig (2008), no artigo “As teorias sexuais infantis na atualidade: algumas reflexões”, fala sobre a dimensão única da sexualidade na infância que se refere à sua associação direta com a relação afetiva estabelecida entre a criança e

seus cuidadores. Assim, ao cuidar de seu corpo, a criança está internalizando a função maternante de seus pais. Ao sentir uma excitação física, ela vai inicialmente precisar de adultos que acolham sua excitação desorganizada e lhe deem um contorno simbólico e afetivo.

No artigo “Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil”, Silva *et al.*, (2008) concordam sobre como a relação com o ambiente social mais amplo tem efeitos no modo como os pais agem com seus filhos e interfere no tipo de desenvolvimento que promove.

A sexualidade infantil é um processo natural e cultural desenvolvido desde as primeiras experiências afetivas do bebê com a mãe. Ao escrever o artigo “A criança sob a ótica da Psicanálise: algumas considerações”, a autora Prizskulnik, (2004), acrescenta sobre o respeito à manifestação da sexualidade, que é um direito da criança. Cabe ao adulto assegurar esse direito, permitindo que ela vivencie e conheça as atividades sexuais próprias da idade.

Contudo, muitas vezes, os adultos são inapropriados em relação à sexualidade infantil, são descuidados em relação a seus comportamentos sexuais. Tornam acessível à criança um ambiente erotizado ou como dito por Siqueira e Trabuco (2013), um ambiente extremamente sexualizado, o que não condiz com sua faixa etária.

Ao pesquisar sobre a “Formação de professores e educadores para abordagem da educação sexual na escola: o que mostram as pesquisas”, os autores Silva e Megid Neto (2006) comentam que as atitudes de pais e educadores diante da sexualidade de crianças costumam ser de dois tipos: uma, unilateral, inibidora e mistificadora, que ocorre quando os adultos tentam “apagar incêndios” diante das curiosidades sexuais das crianças; outra, omissa, que é quando “fingem que não veem”, o que para os autores se explica pelos “limites de nossa formação e impedimentos de nossa cultura e informação sobre o tema”.

Nos escritos sobre “A sexualidade segundo a teoria psicanalítica freudiana e o papel dos pais neste processo” de Costa e Oliveira (2012), os autores acrescentam que a educação sexual de crianças e de jovens sempre existiu, mas se fez mais pela omissão e repressão do que por intermédio de uma educação dialogal, humanista e libertária. A família, desde o nascimento da criança, induz o que é permitido ou não

em matéria de sexualidade, mas nem sempre de forma verbalizada (SILVA *et al.*, 2008).

Corroborando as ideias de Silva e Megid Neto (2006), os autores Yano e Ribeiro (2011), falam no artigo “O desenvolvimento da sexualidade de crianças em situação de risco”, sobre a consequência, de como as compreensões são construídas em função das interpretações de experiências impróprias à fase do desenvolvimento na infância.

As mensagens subliminares vão sendo registradas na mente da criança de forma mal elaborada. Costa e Oliveira (2012) complementam ainda sobre a criança mal informada, e pouco supervisionada, que tornasse mais suscetível a aliciamentos de adultos. Esse ambiente inseguro infringe o direito da criança de obter desenvolvimento sexual sadio e a expõe a situações de riscos.

A primeira dificuldade em lidar com a violência é o seu reconhecimento. Informação e educação são conceitos diferentes, mas que se complementam. Yano e Ribeiro (2011) explicam que a educação sexual deve ser mais do que apenas fornecer informações, é necessário dar um sentido socialmente positivo em relação ao sexo, capaz de integrar o indivíduo na vida social.

A informação sexual é útil e necessária, mas por si só não educa. A falta de orientação e informação, aliados a conhecimentos equivocados e estereotipados, deixa um vasto campo para que as crianças elaborem seus próprios julgamentos e respostas, favorecendo o aliciamento dos agressores (YANO; RIBEIRO, 2011).

A saúde plena depende também de um desenvolvimento saudável da sexualidade. Se a saúde é um direito humano fundamental, o desenvolvimento da sexualidade também é um direito. Para Costa e Oliveira (2012), privar uma criança do exercício de sua sexualidade e do acesso à informação é violar um direito necessário ao seu desenvolvimento. Esse direito, quando violado, coloca em risco a saúde e a qualidade de vida dela.

Yano e Ribeiro (2011) corroboram aos escritos de Costa e Oliveira (2012), quando mostram que para as crianças ficarem protegidas das violências sexuais, é preciso conhecer a sexualidade e entendê-la num contexto adequado à idade, de acordo com o desenvolvimento delas. A partir destas considerações é possível propor uma reflexão de como deve ser a postura dos pais e cuidadores frente às questões levantadas pelas crianças sobre sexualidade.

Siqueira e Trabuco (2013) pactuam com as contribuições de Yano e Ribeiro (2011), citando que primeiramente, o adulto deve aceitar a sexualidade como parte da vida humana; ensinar o uso correto de todas as partes do corpo; as intervenções devem ser atentas, constantes, tranquilas, mas firme colocando para as crianças os limites de que elas necessitam; deve devolver a pergunta à criança, para entender o que ela está realmente perguntando e dar respostas objetivas às suas perguntas.

É necessário permitir que a criança tenha um entendimento saudável do mundo e possa participar dele também através de orientações e informações adequadas. É importante que os adultos, sobretudo os profissionais de saúde, identifiquem como a criança apreende as informações que recebe para desenvolver práticas educativas que suprimam compreensões equivocadas e orientem a criança conforme sua idade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que com a presente pesquisa foi possível alcançar o objetivo principal que foi explicar sobre o desenvolvimento sexual, segundo a vertente psicanalítica. Complementando com seus objetivos específicos ao desenredar as fases psicosexuais propostas por Freud; abordar sobre o papel essencial da família na construção da sexualidade da criança e a importância da educação sexual de qualidade na construção do sujeito.

A limitação da pesquisa esteve na dificuldade de encontrar publicações disponíveis. Foi possível observar que existe uma carência nas pesquisas que buscam estudar sobre a importância de uma educação sexual de qualidade desde a infância, e é notório perceber que existem poucos avanços nos mais de 100 anos decorridos dos escritos de Freud sobre a sexualidade na infância.

De acordo com as demandas apresentadas sugere-se, em continuidade, um projeto de capacitação de pais e educadores com ênfase na sexualidade desde a infância, instrumentalizando-os a fim de que eles também tenham um espaço de formação teórico-prática compreendendo a importância de uma educação sexual de qualidade e possam dar prosseguimento ao trabalho com as crianças. Sendo importante compreender a subjetividade do desenvolvimento de cada criança, entender como ela pensa e reflete para ajudá-la a compreender sobre a sua

sexualidade; utilizar técnicas propícias para cada fase do desenvolvimento em que a criança se encontra.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Sàndra Francesca Conte de. Desejo e aprendizagem na criança: o conhecimento como uma significação fálica possível. **Estilos clin.**, São Paulo , v. 3, n. 5, p. 84-93, 1998.
- BRANDÃO JUNIOR, Pedro Moacyr Chagas; RAMOS, Patrício Lemos. Abuso sexual: do que se trata? Contribuições da psicanálise à escuta do sujeito. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 71-84, Jun 2010.
- COSTA, Elis Regina; OLIVEIRA, Kênia Eliane. A sexualidade segundo a teoria psicanalítica freudiana e o papel dos pais neste processo. **Itinerarius Reflectionis**, [S. l.], v. 7, n. 1, 2012.
- COUTO, Daniela Paula do. Freud, Klein, Lacan e a constituição do sujeito. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 1-2, jun. 2017.
- DUNKER, Christian Ingo Lenz. Discurso e narrativa na construção do saber sexual. **Educação e Subjetividade**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 137-159, 2005.
- FRANCA, Cassandra Pereira. Um corpo maculado na infância: a necessidade de intervenção precoce dos profissionais de saúde. **Pesqui. prá. psicossociais**, São João del-Rei , v. 12, n. 3, p. 1-10, dez. 2017.
- FREUD, S. (1940 [1938]) Esboço de psicanálise. **Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud**, vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- LIMA, Nádia Laguárdia de *et al.* Psicanálise e Educação: um tratamento possível para as queixas escolares. **Educação & Realidade**, [S.L.], v. 40, n. 4, p. 1103-1125, 14 ago. 2015. FapUNIFESP (SciELO).
- MAIA, Ana Cláudia Bortolozzi; SPAZIANI, Raquel Baptista. Manifestações da sexualidade infantil: percepção de pais e professoras de crianças de 0 a 6 anos. **Revista Linhas**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p. 68-84, 2010.
- MANDELBAUM, Belinda *et al.* Violência e vida familiar: abordagens psicanalíticas e de gênero. **Saúde e Sociedade**, São Paulo Sp, v. 25, n. 2, p. 422-430, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO).
- MATSUKURA, Thelma Simões; VIEIRA; Priscila Mugnai. Modelos de educação sexual na escola: concepções e práticas de professores do ensino fundamental da rede pública. **Revista Brasileira de Educação**. 22(69), 453-47. 2017.
- MATTOS, André Santana. A gênese do conceito de resistência na psicanálise. **TransForm. Psicol. (Online)**, São Paulo , v. 3, n. 1, 2010.
- PADILHA NETTO, Ney Klier.; CARDOSO, Marta Rezende. Sexualidade e pulsão: conceitos indissociáveis em psicanálise?. **Psicologia em Estudo**, [S. l.], v. 17, n. 3, p. 529-537, 23 abr. 2013.
- PAPALIA, Diane E.; FELDMAN, Ruth Duskin (Colab.). **Desenvolvimento Humano**. 12ª ed. Porto Alegre: AMGH Editora, 2013.
- PIZUTTI, Jaqueline Machado. A constituição do sujeito na psicanálise. 2012. 31 f. Monografia (Especialização) - Curso de Psicologia, Unijuí – **Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul**, Ijuí (Rs), 2012.

PORTOLANI, Thais Pamela; SCIARRA, Adília Maria Pires. A violência infantil com destaque ao abuso sexual sob intervenções psicanalíticas. **Educação, Psicologia e Interfaces**, v. 4, n.1, p. 114-126, 2020.

PRATTA, Elisângela Maria Machado; SANTOS, Manoel Antonio dos. Família e adolescência: a influência do contexto familiar no desenvolvimento psicológico de seus membros. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 2, p. 247-256, ago. 2007.

PRISZKULNIK, Léia. A criança sob a ótica da Psicanálise: algumas considerações. **Psic**, São Paulo, v. 5, n. 1, p. 72-77, jun. 2004.

SANTOS, Valdeci. Que é e Como Fazer "Revisão da Literatura" na Pesquisa Teológica. **Fides Reformata XVII**, [s. l.], v. 1, p. 89-104, 2012.

SILVA, Nancy Capretz Batista da et al. Variáveis da família e seu impacto sobre o desenvolvimento infantil. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 215-229, 2008.

SILVA, Regina Célia Pinheiro da; MEGID NETO, Jorge. Formação de professores e educadores para abordagem da educação sexual na escola: o que mostram as pesquisas. **Ciência & Educação (Bauru)**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 185-197, ago. 2006. FapUNIFESP (SciELO).

SILVA, Marjorie Cristina Rocha da. Desafios da orientação sexual na infância. **Aval. psicol.**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p. 277-279, dez.

SIQUEIRA, Teresa Cristina Barbo; TRABUCO, Paula Maria. Educação Sexual no Desenvolvimento Infantil. **Educativa**, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 297-318, jul / dez. 2013.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Integrative review: what is it? how to do it?. **Einstein (São Paulo)**, [S.L.], v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. Disponível em https://journal.einstein.br/wp-content/uploads/articles_xml/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102/1679-4508-eins-S1679-45082010000100102-pt.pdf?x56956.

PIZA, Luciana; ALBERTI, Sonia. A criança como sujeito e como objeto entre duas formas de investigação do abuso sexual. **Psic. Clin**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 63-85, 2014.

VITIELLO, Nelson. A Educação Sexual Necessária. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, [S.L.], v. 6, n. 1, p. 16-28, 15 dez. 2020.

YANO, Karen Murakami; RIBEIRO, Moneda Oliveira. O desenvolvimento da sexualidade de crianças em situação de risco. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 45, n. 6, p. 1315-1322, dez. 2011.

ZORNIG, Sílvia Maria Abu-Jamra. As teorias sexuais infantis na atualidade: algumas reflexões. **Psicologia em Estudo**, [s. l.], v. 13, p. 73-77, março 2008.

ALIENAÇÃO PARENTAL E PSICOLOGIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Cláudia Maria da Conceição de Carvalho Xavier¹
Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva²

RESUMO

O objetivo geral desta pesquisa foi compreender o fenômeno da Alienação Parental e os possíveis danos psicológicos no âmbito familiar. Tratou-se de um estudo de natureza qualitativa embasado em pesquisas bibliográficas, base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Scielo Brasil. Para a busca dos artigos foi utilizado o termo chave: “alienação parental” e acessados o Portal Scielo Brasil, em 19 de agosto de 2021 e a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em 26 de agosto de 2021. De acordo com os critérios de busca foram encontrados escassez de trabalhos científicos sobre o fenômeno da Alienação Parental de uma maneira mais direcionada à constelação familiar, já que a concentração de achados foi, predominantemente, focada no desenvolvimento da criança alienada. O que realça a importância da realização de novas pesquisas que abarquem outras bases de dados, como, a busca por outras línguas para o estudo a respeito do sofrimento psíquico envolvendo todos os atores sociais presentes nas diversas formações familiares da contemporaneidade causado pela Alienação Parental.

Palavras-chaves: Alienação parental; Síndrome de alienação parental; Acompanhamento psicológico e terapêutico.

ABSTRACT

The general objective of this research was to understand the phenomenon of Parental Alienation and the possible psychological damage in the family environment. It was a qualitative study based on bibliographic research, database of the Virtual Health Library (VHL) and Scielo Brasil. For the search of articles, the key term was used: “parental alienation” and the Portal Scielo Brasil, on August 19, 2021 and the Virtual Health Library (VHL), on August 26, 2021, were accessed. In search, a scarcity of scientific works on the phenomenon of Parental Alienation in a way more directed to the family constellation was found, since the concentration of findings was predominantly focused on the development of the alienated child. What highlights the importance of conducting new research that encompass other databases, such as the search for other languages for the study of psychic suffering involving all social actors present in the various family formations of contemporaneity caused by Parental Alienation.

Keywords: Parental Alienation; Parental Alienation Syndrome; psychological and therapeutic support.

1 Graduanda do Curso de Psicologia do UNIESP. E-mail: claudiamccxavier@gmail.com.

2 Professora Orientadora do curso de Psicologia UNIESP. E-mail: evelynsaraiva@hotmail.com.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, os profissionais da Psicologia estão, cada vez mais, sendo solicitados a atuarem junto a situações de conflitos familiares, com repercussão em ambientes jurídicos, frente ao caráter ameaçador de tais desavenças domésticas. Os conflitos familiares, notadamente, os que abordam a alienação parental, especialmente, tem merecido uma atuação da psicologia jurídica.

O conceito de Alienação Parental (AP) é considerado como a prática de campanha difamatória de um genitor sobre o outro, em situações conflituosas que envolvem o filho. Este termo surgiu por meio do psiquiatra norte-americano Richard Alan Gardner em 1985 (BROCKHOUSE, 2012; SILVA, 2009; SERAFIM; SAFFI, 2012 apud CHEFER; RADUY; MEHL, 2016).

Descrita por Gardner na década de 1980, a Síndrome de Alienação Parental (SAP) é um transtorno infantil que se desenvolve quando um dos genitores, o alienador, programa uma lavagem cerebral, em situação de separação conjugal ou de confronto de guarda, com a finalidade de que o(a) filho(a) passe a rejeitar, injustificadamente, o genitor alienado (GARDNER, 1985, 2002 apud CASTRO *et al.*, 2016).

Richard Gardner não obteve êxito ao tentar defender o reconhecimento da SAP como transtorno diagnosticável e classificável na Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID) e no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). No momento atual, nem a SAP nem a AP constam no CID-11 como categorias diagnósticas, por isso, não se pode afirmar que ambas foram reconhecidas como patologias (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019).

Por outro lado, em 25 de maio de 2019 ocorreu a 72ª Assembleia Mundial da Saúde e os Estados-membros adotaram uma nova classificação, isto é, através da Organização Mundial da Saúde, a SAP foi reconhecida como uma doença e inserida na CID-11 que vigorará no dia 1 de janeiro de 2022 (LOURENÇO, 2019).

De acordo com Calçada *et al.* (2015), mesmo que consideradas como complementares uma da outra, as suas definições não se confundem. A SAP são os efeitos emocionais e as condutas comportamentais desencadeados na criança ou adolescente vítimas das sequelas deixadas pelos atos da AP.

Assim sendo, a AP é o ato infracional perpetrado pelo adulto, fenômeno institucionalizado no Direito Brasileiro pela Lei de nº. 12.318/10 que dispõe a sua

prática, no entanto, não se refere ao eventual efeito de “síndrome”, na criança ou adolescente (MONTAÑO, 2020). Em vista disso, a autora, Advogada e Psicóloga Alexandra Ullmann (2012 apud Freitas e Viana, 2019) entende que as medidas arroladas no artigo 6º da Lei da Alienação Parental têm a função de resguardar os direitos do menor, bem como, de punir o genitor alienador.

No artigo 6º da Lei de nº 12.318/10, os seus incisos descrevem as medidas a serem tomadas para acabar ou diminuir a prática da AP. De acordo com o inciso IV, poderá o Juiz, aos casos concretos avaliados, determinar acompanhamento psicológico e/ou biopsicossocial (FREITAS; PELLIZZARO, 2010 apud LEITE, 2014).

Isto é, essa determinação não se restringe ao menor, o genitor alienador, muitas vezes, também precisa de acompanhamento psicológico e/ou biopsicossocial e o magistrado poderá determinar, compulsoriamente, a realização deste tratamento (ROCHA, 2012), assim como, o juiz poderá instituir o acompanhamento a todos os envolvidos no processo (GUILHERMANO, 2018). Dessa forma, citado por Refosco e Fernandes (2018), Féres-Carneiro (2012) diz, “não adianta tratar uma criança ou um adolescente se não tratarmos os pais, se não tratarmos a família”.

Percebe-se a necessidade da(o) psicóloga(o), seja de formação clínica, jurídica ou forense, na análise das causas processuais, com o propósito de diferenciar os processos naturais de desavenças familiares, dos atos que envolvem a suspeita de AP (PERISSINI, 2016 apud CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2019). Por isso, é importante que o Psicólogo esteja atualizado na sua área e preparado para detectar a ocorrência da AP, os efeitos que possam causar nas crianças e/ou adolescentes, formas de tratamento e prevenção efetivas (SILVIA, 2012 apud RODRIGUES; JAGER, 2016).

De acordo com Moreira (2014), conforme citado por Sousa (2017), o estudo da psicologia no contexto do direito abrange o comportamento e as causas de uma doença mental, como também, as relações psicossociais na realidade social em que o indivíduo está inserido. Nesse sentido, importante enfatizar que há um princípio fundamental em normativas nacionais e internacionais de proteção aos direitos infanto-juveni que é a garantia da convivência familiar dos filhos com os pais, independentemente de qual específica condição de relação conjugal (CARDOSO; SOARES; VEIGA, 2019).

Mencionado por Chefer, Raduy e Mehl (2016), os autores Hirschheimer e Waksman, (2011) entendem que criança ou adolescente vítima de qualquer violência deve ser encaminhada para tratamento psicoterapêutico, visto que, experiências como esta podem deixar marcas psicológicas profundas em sua personalidade e comportamento.

Com base no exposto, esta pesquisa buscou entender e refletir a realidade do fenômeno da AP e identificar consideráveis danos familiares que envolvem todo este processo. Também, através de Leis, da Psicologia como ciência e profissão e do compromisso ético e social, construir meios necessários para resolver conflitos como meio de um resgate na esfera familiar.

Neste contexto, o problema de pesquisa deste artigo é: O acompanhamento psicológico e/ou biopsicossocial deve ter a função de punição para acabar ou diminuir a AP? Para qual profissional devem ser encaminhadas as demandas de AP?

O tema a que se refere pretendeu perpassar as entrelinhas dos conflitos familiares decorrentes da AP, voltado a um novo olhar, e, assim, contribuindo para o incentivo da pesquisa e ampliação de conhecimento aos Psicólogos, Estudantes de Psicologia, Profissionais e Estudantes de diversas áreas e da população em geral.

O objetivo geral do presente artigo foi compreender o fenômeno da AP e os possíveis danos psicológicos no âmbito familiar, e os objetivos específicos: descrever um panorama nacional sobre as pesquisas na área de AP, diferenciar os atos de AP e a SAP e relatar a necessidade do acompanhamento psicológico e terapêutico para a família envolvida nos aspectos da AP.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na literatura bibliográfica deste artigo científico foram encontradas, nas áreas do direito, da medicina, da psicologia e em estudos acadêmicos, diversas discussões no que tange à diferença entre a AP e a SAP, todavia, há entendimentos doutrinários que apontam como termos sinônimos.

Referente ao tema, de acordo com Darnall (2011) e Sousa (2010), mencionados por Fermann e Pelisoli (2016), a AP acontece em situações que ocorrem comportamentos hostis em que um pai ou uma mãe utiliza a criança para

dificultar a convivência em relação ao outro. No que concerne ao conceito de SAP, termo definido pelo psiquiatra forense estadunidense Richard Gardner que a descreveu como uma perturbação da infância ou adolescência no contexto de separação conjugal manifestada por uma campanha feita por um dos pais, acompanhado da criança, com a finalidade de denegrir, rejeitar e odiar o outro genitor (GARDNER, 1985 apud MONTEZUMA; PEREIRA; MELO, 2017).

O autor Montaño (2020) diz que a SAP e a AP, mesmo tratadas como semelhantes, são fenômenos relacionados, mas, distintos e que, de acordo com Sandri (2013), citado por Montaño (2020), a AP pode se transformar em síndrome e esta é consequência daquela. Assim, para Guilhermano (2018) a AP decorre da campanha denegritória feita pelo genitor alienador com o objetivo de afastar os filhos do genitor alienado. Todavia, a SAP consiste nas desordens psicológicas e comportamentais que, conseqüentemente, surgem na criança ou adolescente após o afastamento e a desmoralização do genitor alienado.

A Lei de Alienação Parental tem o propósito de proteger a criança e o adolescente e sua relação com o genitor, tal como, auxiliar na identificação e obter meios com a finalidade de coibir a prática de atos de AP. Também, esta norma jurídica prevê punições para os casos de AP, identificada ou não, na criança ou adolescente, a existência da SAP (ROCHA, 2016). Neste sentido, a referida Lei abarca a proteção da criança ou adolescente vítimas da AP e, mesmo que envolva os aspectos psicológicos, não há um estudo aprofundado na análise desse tema por parte de profissionais da psicologia (SOUSA; BRITO, 2011 apud CHECHIA; ROQUE, 2015).

Neste seguimento, o Juiz, baseado no inciso IV, do art. 6º da Lei de Alienação Parental de nº 12.318/10, pode determinar que o alienador receba acompanhamento de psicólogos e/ou biopsicossocial, de profissional perito especializado no campo da psicologia, assistência social, psiquiatria ou de equipe multidisciplinar (MADALENO, 2018 apud GEMIGNANI, 2019). Sendo assim, as medidas do art. 6º da Lei de Alienação Parental são de caráter preventivo e protetivo em relação à integridade da criança ou adolescente e consta, em seu inciso IV, o acompanhamento psicológico e/ou biopsicossocial em que, o juiz, ao analisar a situação, poderá estabelecer o acompanhamento a todos os envolvidos no processo de AP (GUILHERMANO, 2018).

Nesta perspectiva, com o rompimento da relação conjugal, ocorre o sentimento de culpa na criança, ou seja, ela pensa ser a responsável por este afastamento, podendo vivenciar sentimento de angústia, ansiedade, dentre outros. Estes se agravam quando a criança imagina que perderá o seu pai ou a sua mãe, ou que terá que escolher por um deles (TEYBER, 1995 apud MONTAÑO, 2020).

Conforme Rocha (2016), diversas consequências jurídicas exemplificativas estão previstas no art. 6º da Lei n. 12.318/10 em busca de reprimir a alienação para resguardar os filhos e punir o genitor alienador. Por conseguinte, a sanção do inciso IV se trata de acompanhamento psicológico e/ou biopsicossocial, exclusivamente, ao alienador, porém, as crianças e os adolescentes vítimas de alienação também devem ser tratados, psicologicamente, por profissionais habilitados.

O psicólogo habilitado para atender os casos de AP deve atuar, principalmente, com vistas a resolver situações relativas aos possíveis danos psicológicos causados no contexto familiar. Esse aconselhamento exercido pelo profissional psicólogo é indicado para tentar incentivar o acompanhamento psicoterápico, com a finalidade de que o filho retorne a ter uma convivência melhor com o alienado (MARQUES; SANTOS, 2011 apud SOUSA, 2017).

Por conseguinte, é fundamental o papel do psicólogo para realizar uma escuta, com o propósito de levantar informações, entender o funcionamento de cada sujeito e de se preservar a saúde mental dos envolvidos (RODRIGUES; JAGER, 2016). À vista disso, segundo Chefer, Raduy e Mehl (2016), com o propósito de amenizar os eventos traumáticos vivenciados pela AP, o atendimento fornecido permite que as crianças se expressem, compreendam e entendam os seus sentimentos diante da gravidade do caso em questão.

Do ponto de vista psicológico, a SAP é uma forma de abuso emocional cometida pelo pai ou pela mãe contra a criança. Os estudiosos sobre o assunto afirmam que, quando a síndrome ainda não se instalou, com a ajuda de psicólogos, há possibilidade de que o convívio entre a criança e o genitor alienado ainda pode ser restabelecido (EBAID; ROTTA, 2015). Com a prática da AP, quando se verifica que a SAP foi instaurada, ocorre um processo de separação doloroso e traumático de um casal, e que, em consequência, causa impacto aos sujeitos envolvidos (MONTAÑO, 2020).

Para Velly (2010 apud JONAS 2017), quando detectada a Síndrome, é importante uma ação de profissionais das áreas psicológicas, sociais e jurídicas, a fim de trabalhar com uma intervenção multiprofissional para não tornar os danos causados irreversíveis. Nesse sentido, Fonseca (2007), mencionado por Campos e Gonçalves (2016), a criança pode manifestar diversos sintomas em decorrência da SAP, como ansiedade, depressão, doenças psicossomáticas, agressividade, depressão crônica, comportamentos hostis e, até levar ao suicídio.

Costumam ser apresentadas situações de profunda violência aos membros da família que vivenciam a AP, especialmente à criança, desde aspectos psicológicos, bem como, físicos (BROUCKHAUSEN, 2012 apud SOUSA, 2017). Desse modo, em decorrência da AP surgem diversas e sérias consequências para a vida da criança, isto é, traumas que são levados à fase adulta, muitas vezes acompanhados da insegurança, serão incapazes em lidar com relacionamentos sociais e afetivos. Neste sentido, a AP resulta em abrangentes consequências no desenvolvimento, no comportamento e na saúde psíquica de criança e adolescente (BASTOS, 2019).

Suárez (2011) realizou um estudo com amostra de famílias em processo de separação. Analisou protocolos de avaliação psicológica forense durante o período de um ano e meio, considerando grupos de pai-mãe-filho com ou sem interrupção das visitas. Seu estudo identificou alguns critérios para a constatação da SAP, tais como: existência de campanha de difamação, racionalizações frívolas ou absurdas da rejeição do pai ou da mãe, falta de ambivalência afetiva em relação às figuras parentais e suporte automático para o pai/mãe “amado” em qualquer situação.

O citado autor ainda complementa os critérios para comprovar a SAP com a ausência de culpa na criança pela expressão da rejeição, aparecimento do fenômeno do pensador independente (argumenta-se que a decisão à rejeição é exclusiva da criança), a extensão da rejeição à família ou ao ambiente do pai/mãe rejeitado e aparência da história da criança de cenários emprestados (de que a criança não viveu ou não posso lembrar).

A SAP precisa ser detectada e identificada o quanto antes, como também, ser entendida como uma condição psicológica que precisa de tratamento e intervenção imediata. Com isso, há necessidade de enfoque terapêutico e acolhimento para a criança, o alienado e o alienador, a fim de diminuir os danos ocasionados e de melhor prognóstico ao tratamento dos sujeitos envolvidos (DIAS, 2013 apud

CAMPOS; GONÇALVES 2016). Assim, é importância a atuação dos profissionais da Psicologia na área jurídica no sentido de propiciar a identificação da presença de atos de AP que, muitas vezes, são desconhecidos pelos Juízes e partes envolvidas no caso específico (VERSIANI *et al.*, 2009 apud LUZ; GELAIN; BENINCÁ 2014).

Sendo assim, de acordo com Podevyn (2001 apud PEREIRA; ARAÚJO; RIBEIRO, 2020), é essencial um tratamento adequado e específico aos sujeitos envolvidos na SAP, com terapeutas capacitados para que possam trabalhar os sentimentos familiares. Desse modo, Brockhausen (2011 apud MÜLLER 2017), diz que o psicólogo deve ter a ponderação em chamar todos os sujeitos envolvidos em situação de violência, com o intento de uma qualidade na sua avaliação, com isenção do profissional e a confiabilidade.

Em estudo realizado com base na revisão da literatura observou-se, na análise realizada sobre a SAP, as decorrências psicológicas na criança, as jurídicas e as suas divergências a respeito deste tema. Constatou-se também a falta de estudos e debates a respeito da SAP, tal como, destacou-se o aumento do interesse dos profissionais da área da psicologia e do direito (CHECHIA; ROQUE, 2015). Outra pesquisa que teve por objetivo analisar a função do psicólogo diante da AP nos processos que envolvem o Direito de Família e o interesse de profissionais psicólogos em relação ao que pode ser causado em cada sujeito envolvido e as suas implicações psíquicas e emocionais (PEREIRA; ARAÚJO; RIBEIRO, 2020).

Perante as novas configurações sociais, o trabalho de Campos e Gonçalves (2016), por meio de uma revisão bibliográfica, relatou que a psicologia ampliou as suas linhas de atuação para atender o aumento da demanda, em relação à população que busca atendimento psicológico. Nessa perspectiva, buscou-se esclarecer o conceito da SAP e enfatizar as possíveis consequências que podem acarretar no desenvolvimento psicológico infantil. Também, abordou-se a compreensão da diferença entre AP e SAP, o papel das figuras parentais na evolução da criança, a função da psicologia em relação a SAP, assim como, conceito, elementos de identificação, graus de extensão e falsas alegações de abuso e implantação de memórias.

O artigo de revisão integrativa de Fermann e Pelisoli (2016) reforçou que a violência é um problema social de saúde pública e que vitimiza milhares de crianças e adolescentes no Brasil e no mundo. Com isso, a violência pode gerar sintomas e

transtornos psicológicos e prejudicar a vida desses indivíduos. Neste seguimento, relatou a importância de que exista uma boa relação terapêutica e que o paciente possa cooperar no tratamento e na realização de tarefas propostas pelo psicoterapeuta.

Buscou-se, na pesquisa bibliográfica sistemática em duas bases de dados consideradas completas para acesso à produção científica nacional, de Rodrigues e Jager (2016), perpassar os estudos da Psicologia em sua interlocução com o fenômeno da AP, do mesmo modo que, seus principais atores, suas consequências e como a psicologia pode atuar nestes casos. Identificou-se que a maioria dos estudos já publicados se refere ao papel do psicólogo na área de avaliação psicológica e poucos na área de intervenção e acompanhamento psicológico. Este artigo apontou para a importância da intervenção nos casos de AP, mediação familiar e guarda compartilhada.

Em seu artigo de revisão literária, Müller (2017) apresentou uma abordagem da AP e SAP como fenômeno social e familiar nos âmbitos psicológicos e jurídicos inseridos no presente contexto da sociedade moderna. Tal como, identificou-se aspectos comportamentais das crianças, alienadores e alienados e possíveis danos psicológicos e conflitos na qualidade de vida das famílias envolvidas

Luz, Gelain, Benincá (2014) realizaram uma pesquisa quantitativa com seis psicólogos, que atuam no Judiciário do Rio Grande do Sul, participaram através de um questionário com perguntas semiabertas. Como resultado, concluiu-se evidências de valorização e conhecimento, por esses profissionais, pelo trabalho do psicólogo jurídico nas Varas que envolvem assuntos de Família no contexto da AP.

Sousa (2017) realizou uma pesquisa para se compreender, analisar e identificar as principais ações desenvolvidas pelo psicólogo jurídico no fenômeno da AP, assim como, a atuação junto à equipe multidisciplinar. Estudos evidenciaram extrema importância do trabalho do psicólogo como auxiliar do Magistrado, já que são indicados e capacitados para se buscar a preservação da saúde mental de crianças e adolescentes e da reorganização da estrutura familiar.

Chefer, Raduy e Mehl (2016) relataram em sua pesquisa qualitativa a respeito da importância da atuação e de vários papéis do psicólogo jurídico no contexto da AP: perícia e avaliação psicológica, mediação e acompanhamento psicológico. Uma das funções do psicólogo é realizar a avaliação e a perícia psicológica para

descobrir e investigar a existência da prática de AP; a mediação é eficiente na condução e elaboração de conflitos, sendo necessária a utilização de técnicas da psicologia e o acompanhamento (orientação) psicológico que busca minimizar os traumas da violência sofrida pelas vítimas de AP.

O artigo de Refosco e Fernandes (2018) desenvolveu um pensamento crítico em relação ao conceito e à abordagem da AP no Brasil e que o acompanhamento terapêutico, atendimento psicológico clínico que atua no campo social do indivíduo, pode auxiliar na solução de questões complexas que envolvem as famílias em situações de elevada litigiosidade. Propuseram, além disso, que o acompanhamento psicológico seja proporcionado a toda a família por meio do atendimento terapêutico.

Montezuma, Pereira e Melo (2017) realizaram uma pesquisa qualitativa em que foram entrevistados participantes de equipes de estudos psicossociais, mediadores e juizes em Belo Horizonte – MG. Concluiu-se que é possível flexibilizar abordagens psicossociais e acompanhamento terapêutico, na perspectiva protetiva e punitiva, demonstrando que o Estado pode cumprir sua função de proteger o menor em vulnerabilidade, sem ocorrer a violência institucional. Realça a importância de intervenções terapêuticas do trabalho do psicólogo jurídico.

Cardoso, Soares e Veiga (2019) realizaram uma pesquisa junto aos psicólogos que atuam nas varas de família, na região sudeste brasileira, que apontaram para o papel do profissional da Psicologia, com ênfase na colaboração interventiva junto aos envolvidos no processo de AP, de modo a não se produzir apenas laudos periciais para subsidiar a decisão do juiz. É necessário analisar o contexto social e as implicações éticas, técnicas e políticas da prática psicológica dentro de um sistema de justiça que conta com as avaliações psicológicas.

De acordo com Fermann e Pelisoli (2016, p. 79):

No que diz respeito às publicações científicas sobre a temática da AP, grande parte são internacionais e abordam aspectos da sua origem, definições conceituais e as consequências advindas desta para os membros da família. Porém, não foram encontrados estudos empíricos que referissem formas de intervenção eficazes nesses casos. No estudo proposto por Suárez (2011) realizado na Espanha com o objetivo de avaliar a presença de sintomas e características dos filhos envolvidos em situações de AP, os resultados apontaram que as características mais presentes foram: rechaço, crítica e depreciação por parte desses em relação ao genitor alienado, assim como a idealização e valorização positiva sobre o divórcio dos pais e sobre o genitor alienador, comumente o detentor da guarda (Suárez, 2011).

Diante do exposto, nesta apresentação de literatura, observa-se uma produção importante da temática relativa à AP e à SAP, embora ainda mereça a continuidade dos estudos acadêmicos, visto que, na atualidade, os conflitos familiares e a busca do auxílio da Psicologia Jurídica apontam para a carência de intervenções eficientes para minorar o sofrimento psicológico de crianças e adolescentes. Dessa forma, o presente artigo visa contribuir com a busca de conhecimentos, nesse mesmo direcionamento, com a proposta de realizar uma revisão integrativa da literatura especializada.

METODOLOGIA

O método utilizado no presente trabalho foi uma revisão integrativa de literatura que compreende as seguintes fases: 1. elaboração da pergunta norteadora, 2. busca ou amostragem na literatura, 3. coleta de dados, 4. análise crítica dos estudos incluídos, 5. discussão dos resultados e 6. apresentação da revisão integrativa, tal como, determina o conhecimento atual a respeito de um tema específico para identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto (SILVEIRA, 2005 apud SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

Para executar a fase 1 da revisão integrativa, partiu-se da seguinte pergunta norteadora: quais as características do fenômeno da AP e os possíveis danos psicológicos no âmbito familiar?

A busca ou amostragem na literatura compreende a fase 2 da revisão integrativa. Neste sentido, a pesquisa bibliográfica é a fase preliminar do levantamento da literatura, ou seja, é elaborada a partir de material já publicado, como livros, artigos de periódicos, assim como, material na internet. Então, é desta bibliografia consultada que se alcançarão as respostas das questões e os objetivos da pesquisa (FARIAS FILHO; ARRUDA FILHO, 2015).

Tratou-se de um estudo de natureza qualitativa, embasado em pesquisas bibliográficas, base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e da Scielo Brasil.

De acordo com Geraldes, Gonzaga e Dias (2019) a coleta de dados, fase 3 da revisão integrativa de literatura, seguiu estes critérios: registros identificados por meio de pesquisas nas bases de dados e por meio de pesquisas em outras fontes

de dados, estudos selecionados para a leitura na íntegra, estudos incluídos em síntese qualitativa, como, pela síntese dos indicadores das publicações: autor, título, ano/país, objetivo, delineamento do estudo e considerações/temática.

Foram acessados o Portal Scielo Brasil e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a busca na palavra-chave “alienação parental” e surgiram, em 19 de agosto de 2021, 19 artigos, no Portal Scielo Brasil e, em 26 de agosto de 2021, 48 artigos na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Para as duas bases de dados foram aplicados os seguintes filtros: textos completos disponíveis no idioma português, artigos publicados em banco de dados da Scielo Brasil e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) no período de 2009 a 2019.

Na sequência, foi elaborado o fluxograma constante da Figura 1, seguindo as etapas: *identificação*, *seleção*, *elegibilidade* e *inclusão*, com seus respectivos quantitativos.

Para a etapa de *identificação*, na busca no Portal Scielo Brasil, encontraram-se 19 artigos e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram identificados 48 artigos. A etapa de identificação apontou, no total, para 67 registros.

Em seguida, a etapa de *seleção* foi desenvolvida mediante a leitura dos títulos e seus respectivos resumos. Excluíram-se 34 artigos duplicados e os que se apresentaram em discordância com a proposta de estudo.

Portanto, para a próxima etapa, *elegibilidade*, foram separados 33 registros para a leitura de texto completo.

Para alcançar a etapa da *inclusão*, após a análise dos textos na íntegra, finalizou-se a seleção dos estudos a respeito da Alienação Parental versus Psicologia, com apenas 9 artigos contendo um registro de síntese quantitativa e oito de síntese qualitativa. Foram encontrados 67 resultados para a busca na palavra-chave “alienação parental” nas duas bases de dados pesquisadas. Após a leitura dos artigos científicos foram excluídos 34 estudos por duplicação e por não atender os objetivos da pesquisa.

Dos 33 trabalhos selecionados para a leitura na íntegra, apenas 9 deles foram avaliados para elegibilidade. A seguir é apresentada a sessão de resultados e discussão referente aos artigos que cumpriram os critérios de inclusão em continuidade à revisão integrativa da literatura abordando, desta vez, as fases 4.

análise crítica dos estudos incluídos, 5. discussão dos resultados e 6. apresentação da revisão integrativa.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Pela análise dos resultados, percebe-se a prevalência de estudos qualitativos (N=8) e, dentre eles, apenas um estudo quantitativo. Em todos os 9 estudos os autores relataram a respeito dos distúrbios psicológicos que são acometidos nas crianças e adolescentes vítimas da AP.

Em forma de índice os artigos, que compõem esta revisão integrativa na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde BVS e da Scielo Brasil, foram organizados e apresentados na Figura 2. Para uma pesquisa mais profunda a respeito desses estudos teóricos encontrados, ao se analisar o artigo científico “A Psicologia e as Demandas Atuais do Direito de Família”, mostra que, de acordo com Lago e Bandeira (2009), a SAP pode gerar efeitos nas vítimas, a exemplo da depressão crônica, incapacidade de adaptação social, desespero, tendência ao uso de álcool, sentimento de isolamento, tal como, pode ocasionar o suicídio.

Tabela 1 – Síntese das publicações incluídas na revisão integrativa sobre a Alienação Parental versus Psicologia e seus respectivos indicadores (N=9).

Autor	Título	Ano	Objetivo	Delineamento do Estudo	Considerações/Temáticas
Lago e Bandeira	A Psicologia e as Demandas Atuais do Direito de Família.	2009	Apresentar uma revisão teórica desses assuntos abordando aspectos conceituais e históricos.	Estudo Qualitativo	Contextualizar e atualizar os psicólogos que trabalham ou desejam trabalhar no âmbito do Direito de família com a apresentação de dados referentes à realidade de psicólogos de diferentes Regiões do Brasil. Também, a necessidade de se abordar uma grande variedade de tópicos referentes à Psicologia jurídica.
Próchno, Paravidini e Cunha	Marcas da Alienação Parental na Sociedade Contemporânea: um desencontro com a Ética Parental.	2011	Apresentar uma reflexão baseada na perspectiva psicanalítica proposta por Fábio Hermann, que teoriza sobre o Princípio do Absurdo que paira nos fenômenos sociais.	Estudo Qualitativo	Diversas formas de lidar com a situação de desamparo que a AP apresenta na atualidade, visto que a família é o lugar em que o sujeito se constitui e um meio de amparo e acolhimento. Promover um bom convívio e os pais saberem entender as diferenças e processar o luto conjugal para propiciar um saudável ambiente familiar e promissor desenvolvimento da criança.
Nüske e Grigorieff	Alienação Parental: ecomplexidades despertadas no âmbito familiar.	2015	Evidenciar, por meio do diálogo entre o Direito Família e a Psicanálise.	Estudo Qualitativo	Modo como a família lida com a ruptura conjugal, as consequências que podem gerar a AP e a busca ao tratamento psicoterápico no sentido de amparar a criança, quando a família e o ambiente escolar não são vias suficientes para a criança suportar essa situação de separação conjugal.
Mendes	Publicações Psicojurídicas sobre	2016	Investigar a qualidade científica dos periódicos	Estudo	Estabelecer um retrato geral das publicações psicojurídicas sobre AP no Brasil e discutir

al.	Alienação Parental: uma revisão integrativa de literatura em português.	tendo como base o sistema Qualis-Capes.	Qualitativo	sobre a qualidade científica, posicionamentos e implicações desses artigos em relação aos postulados da teoria de Gardner.
5 Jesus Cotta	Alienação Parental e relações escolares: a atuação do psicólogo. 2016	Abordar os efeitos da AP nas relações que se manifestam no contexto escolar entre pais e filhos e identificar quais são as contribuições do Psicólogo Escolar para lidar com esse cenário.	Estudo Qualitativo	Ressaltar a importância da família, escola e psicólogo escolar no estabelecimento de práticas psicossociais favoráveis ao desenvolvimento biopsicossocial da criança e as consequências concretas que afetam as crianças no ambiente escolar.
6 Sarmet	Os filhos de Medeia e a Síndrome da Alienação Parental. 2016	Discutir, a partir do mito de Medeia, as implicações da SAP para o desenvolvimento psíquico da criança, dentro de uma compreensão junguiana, especialmente no âmbito da psicoterapia infantil.	Estudo Qualitativo	Influência da manifestação arquetípica de Medeia sobre a psique dos filhos e seu desenvolvimento e a busca dos pais pela psicoterapia infantil de maneira a conquistar o psicoterapeuta como um aliado para a alienação.
7 Carvalho al.	Alienação Parental: elaboração de uma medida para mães. 2017	Elaborar o Inventário de Práticas Maternas Alienantes e reunir evidências de sua validade pela estrutura interna.	Estudo Quantitativo	Construção do IPMA de 12 itens desenvolvido com base na literatura vigente sobre AP que partiu da perspectiva de que a prática da AP pode ser avaliada a partir das inferências de mães separadas, uma vez que corriqueiramente são apontadas como alienadoras.
8 Palhares, Santos Melo	Impactos do divórcio e da guarda compartilhada na saúde e no bem-estar das famílias. 2018	Atualizar o conhecimento acerca do regime de guarda após o divórcio.	Estudo Qualitativo	Impactos significativos apresentados pelo divórcio em saúde pública e a importância da guarda compartilhada, bem como, que os profissionais de saúde e os operadores do Direito adotem uma postura proativa frente aos casos concretos.
9 Colucci Neto e Martins Melo	Saúde psíquica do infante-juvenil em casos de Alienação Parental: uma reflexão jurídica e psicológica. 2019	Abordar a situação de crianças e adolescentes que são vítimas de AP.	Estudo Qualitativo	A AP é uma realidade que compromete a saúde psíquica e o desenvolvimento de crianças e adolescentes, conforme a Lei de Alienação Parental 12.318/2010.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Os autores Próchno, Paravidini e Cunha (2011), em seu estudo “Marcas da Alienação Parental na Sociedade Contemporânea: um desencontro com a Ética Parental”, que através da ótica psicanalítica abarcaram a história da família ocidental e citaram que o mais doloroso resultado da prática da AP é o dano afetivo que a criança sofre pelo afastamento do outro genitor de seu convívio.

Baseado no Direito de Família e na Psicanálise, o artigo de Nüske e Grigorieff (2015), com o tema “Alienação Parental: complexidades despertadas no âmbito familiar” apontou as complexidades e as consequências que a AP desperta no contexto familiar. Desse modo, em decorrência desta prática, que pode ocorrer delírios, alucinações e repetição do padrão comportamental, na criança, faz-se necessário reforçar que todos os envolvidos recebam cuidados e atenção, com a finalidade de aliviar o sofrimento psíquico, neste ambiente familiar, e proteger a

criança e o seu desenvolvimento psíquico deste fenômeno inserido em nosso cenário atual.

A partir do estudo de Mendes *et al.* (2016), que tem por título “Publicações Psicojurídicas sobre Alienação Parental: uma revisão integrativa da literatura em português”, ressaltou a importância de uma reflexão crítica sobre as publicações psicojurídicas sobre a AP e da crise que evidencia o divórcio e que leva a família como um todo a um desequilíbrio emocional, angústia e ansiedade.

As autoras Jesus e Cotta (2016), em seu estudo “Alienação Parental e relações escolares: a atuação do psicólogo”, apuraram as atribuições da escola e da importância no papel da família, a fim de auxiliar a criança no processo de enfrentamento da AP, no seu favorável desenvolvimento biopsicossocial e fortalecimento de seus saudáveis vínculos familiares.

Em Sarmet (2016), no artigo “Os filhos de Medeia e a Síndrome da Alienação Parental”, o foco do estudo foi compreender o funcionamento psíquico através da análise junguiana nas relações pais e filhos correlacionado ao mito de Medeia e de como a AP interfere no desenvolvimento afetivo e comportamental da criança e que podem contribuir para a perpetuação de relacionamentos neuróticos.

A pesquisa de Carvalho *et al.* (2017), que teve por estudo “Alienação Parental: elaboração de uma medida para mães”, resultou na construção do Inventário de Práticas Maternas Alienantes e reunião de evidências de sua validade pela estrutura interna. A partir da prática da AP e como resultado desse processo, a criança pode desenvolver um quadro de negação, vergonha, ansiedade, depressão e culpa.

No estudo de Palhares, Santos e Melo (2018), com o título “Impactos do divórcio e da guarda compartilhada na saúde e no bem-estar das famílias”, os autores buscaram relatar que o divórcio gera impactos significativos em saúde pública e que a guarda compartilhada, de uma certa forma, ameniza esses efeitos.

Colucci Neto e Martins (2019) abordaram, no estudo “Saúde psíquica infanto-juvenil em casos de Alienação Parental: uma reflexão jurídica e psicológica”, como o conflito entre os genitores pode acarretar consequências prejudiciais ao comportamento, desenvolvimento e à saúde psíquica de crianças e adolescentes vítimas da AP.

Em relação às diferenças de AP e SAP, a temática foi presente nos estudos de Próchno, Paravidini e Cunha (2011), Mendes *et al.* (2016), Jesus e Cotta (2016), Carvalho *et al.* (2017) e Colucci Neto e Martins (2019), como também apresentaram, as repercussões drásticas que a AP pode acarretar nas crianças.

Nüske e Grigorieff (2015) e Palhares, Santos e Melo (2018) conceituaram apenas o fenômeno da AP, e como consequências desta, os riscos à saúde emocional e psicológica da criança, mas, não se referiram à SAP. No entanto, Lago e Bandeira (2009) e Sarmet (2016) citam unicamente a SAP e os sintomas que são produzidos na criança no processo de separação dos pais.

São comentados nos estudos de Próchno, Paravidini e Cunha (2011), Nüske e Grigorieff (2015), Jesus e Cotta (2016), Carvalho *et al.* (2017) e Colucci Neto e Martins (2019) sobre a instituição familiar e a importância do seu papel de responsabilidade entre seus membros e o cuidado e proteção que se deve ter, a fim de oferecer um ambiente afetivo e seguro e um desenvolvimento saudável para a criança e o adolescente.

Lago e Bandeira (2009), Mendes *et al.* (2016) e Palhares, Santos e Melo (2018) buscam destacar a respeito do processo de separação e divórcio e da importância da guarda compartilhada, com a finalidade de possibilitar uma convivência mais participativa e um vínculo positivo dos filhos com os ambos os pais.

Próchno, Paravidini e Cunha (2011), Mendes *et al.* (2016), Jesus e Cotta (2016), Carvalho *et al.* (2017) e Colucci Neto e Martins (2019), autores que fizeram parte da revisão integrativa desse artigo, escreveram sobre a AP e a SAP e se observou que a diferenciação entre AP e SAP está de acordo com Calçada *et al.* (2015), Montaña (2020), Guilhermano (2018) e Müller (2017).

Campos e Gonçalves (2016) e Chechia e Roque (2015), argumentaram as graves consequências da SAP na vida das crianças resultando em depressão, ansiedade, depressão crônica, comportamentos hostis, podendo ocasionar o suicídio, corroborando, assim, com os estudos de Lago e Bandeira (2009).

A respeito da importância do papel de seus membros sobre a instituição familiar com a finalidade de se construir um ambiente de afetividade, segurança e de um saudável desenvolvimento para as crianças e adolescentes, como escreveram Próchno, Paravidini e Cunha (2011), Nüske e Grigorieff (2015), Jesus e Cotta (2016),

Carvalho *et al.* (2017) e Colucci Neto e Martins (2019), é uma temática que não consta, preliminarmente, nos estudos.

Verificou-se que Lago e Bandeira (2009), Mendes *et al.* (2016) e Palhares, Santos e Melo (2018) escreveram sobre o processo de separação e divórcio e a respeito da importância da guarda compartilhada para um vínculo mais positivo e participativo dos filhos com os pais. Todavia, esses assuntos não foram identificados à luz dos critérios para se construir este artigo científico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral do presente artigo foi compreender o fenômeno da AP e os possíveis danos psicológicos no âmbito familiar. Desse modo, um breve resumo sobre os artigos científicos encontrados mostra que os autores abordaram a Alienação Parental em consonância com diversas temáticas, tais quais: do direito de família, do divórcio, da guarda compartilhada, das relações escolares, da perspectiva psicanalítica, assim como, pelo referencial teórico junguiano. Nesse âmbito, todos esses estudos teóricos foram unânimes em relacionarem a AP e os possíveis danos psicológicos da criança, tais como: ansiedade, depressão, depressão crônica e, em alguns casos, o suicídio.

Percebe-se uma carência nos textos da revisão integrativa acerca do fenômeno da AP de uma maneira mais direcionada à constelação familiar, já que a concentração de achados foi, predominantemente, focada no desenvolvimento da criança alienada. Novos estudos são necessários para desvendar o sofrimento psíquico dentro da dinâmica familiar, envolvendo todos os atores sociais presentes nas diversas formações familiares da contemporaneidade.

Estima-se que houve pouca abrangência da busca aos portais de periódicos sobre a área pesquisada, vez que, foi observada escassez de títulos em língua portuguesa, fato que demonstra a necessidade da continuidade de uma busca em títulos publicados em línguas estrangeiras.

Por fim, chama a atenção para a importância em diferenciar, de modo mais objetivo, os conceitos de AP e da SAP. Nos estudos revisados no presente trabalho de conclusão de curso, a falta de clareza entre os dois termos pode vir a ser um empecilho para uma atuação plena e eficiente do psicólogo jurídico, vez que este profissional pode continuar apenas atuando como mero auxiliar da área do Direito da

Família, sem dispor de instrumentos com evidências científicas para minorar o sofrimento, não só da criança, mas de toda a família em litígio.

Ademais, a Psicologia Jurídica tem um compromisso em oferecer avaliações e intervenções psicossociais, principalmente a partir de 1º de janeiro de 2022, quando a SAP passará a se constituir como uma doença – CID-11, conforme decisão da Organização Mundial da Saúde.

REFERÊNCIAS

- BASTOS, Alder Tiago. **A saúde mental da criança vítima de alienação parental**. 1. Ed. Curitiba: Brasil Publishing, 2019. 250 p.
- CALÇADA, Andreia *et al.* **Alienação parental e família contemporânea: um estudo psicossocial**. FBV/Devry, v. 2, 121 p. Recife, 2015.
- CAMPOS, Alessandra Barboza de Souza; GONÇALVES, Charlisson Mendes. Síndrome da Alienação Parental: possíveis consequências para o desenvolvimento psicológico da criança. **Psicologia.pt**, luso-brasileira, 2016.
- CARDOSO, Fernanda Simplício; SOARES, Laura Cristina Eiras Coelho; VEIGA, Camila Valadares da. **Alienação parental nas varas de família: avaliação psicológica em debate**. Arq. Bras. Psicol., Rio de Janeiro, v. 71, n. 1, p. 68-84, 2019.
- CARVALHO, Thayro Andrade *et al.* **Alienação parental: elaboração de uma medida para mães**. Estudos de Psicologia (Campinas), Campinas. v. 34, n. 3, p. 367-378, jun./set. 2017.
- CASTRO, Marina Souto Bezerra Lopes de *et al.* A Alienação Parental no Brasil: uma revisão das publicações científicas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 3, p. 377-388, 25 nov. 2016.
- CHECHIA, Valéria Aparecida; ROQUE, Yader de Castro. Síndrome de alienação parental: consequências psicológicas na criança. **Revista Fafibe On-Line**. Bebedouro, 2015.
- CHEFER, Beatriz de Souza; RADUY, Flora Duarte Raymundo; MEHL, Thais Ghisi. A importância da atuação do psicólogo jurídico no contexto da alienação parental. **Revista Orbis Latina**, Foz de Iguaçu, v. 6, n. 2, p. 30-43, jun./dez., 2016.
- COLUCCI NETO, Victor; MARTINS, Cintia Canato. Saúde psíquica infanto-juvenil em casos de alienação parental: uma reflexão jurídica e psicológica. **Archives of Health Investigation**, Araçatuba, v. 8, n. 4, p. 203-209, abr. 2019.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Brasil). **Debatendo sobre alienação parental: diferentes perspectivas**. 1. ed. Brasília: CFP, 2019. 176 p.
- EBAID, Ana Augusta Rodrigues Westin; ROTTA, Daniela Cazarotti. **Da Alienação Parental**. Universidade do Oeste Paulista – UNOESTE. v. 12, n. especial, São Paulo, 2015.
- FARIAS FILHO, Milton Cordeiro; ARRUDA FILHO, Emílio J. M. **Planejamento da Pesquisa Científica**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2015.
- FERMANN, Ilana Luiz; PELISOLI, Cátula da Luz. A Psicoterapia cognitivo-comportamental para Crianças e Adolescentes vítimas de Violência Psicológica e Alienação Parental. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 8, n. 1, p. 76-86, jun. 2016.

FREITAS, Gilssandra Carreiro Varão; VIANA, Joseval Martins. As Punições Previstas na Lei da Alienação Parental. **Revista Âmbito Jurídico**. São Paulo, 22 jul. 2019.

GEMIGNANI, Marciana de Araújo. **Alienação Parental e o problema da efetividade das formas de coibição do ilícito**. Monografia (Graduação) – Curso de Direito, Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília – UniCEUB, Brasília, 2019. 49 p.

GERALDES, Thaíssa Veras; GONZAGA, Danielle Soares; DIAS, Leandro Silva. O autocuidado do escolar hemofílico. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 13, p. 1-8, 2019.

GUILHERMANO, Juliana Ferla. **Alienação Parental: aspectos jurídicos e psíquicos**. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018.

JESUS, Jéssica Alves de; COTTA, Manuela Gomes Lopes. Alienação parental e relações escolares: a atuação do psicólogo. **Psicologia Escolar e Educacional**, SP, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 285-290, mai./ago., 2016.

JONAS, Aline. Síndrome de Alienação Parental: consequências da Alienação Parental no âmbito familiar e ações para minimizar os danos no desenvolvimento da criança. **Psicologia.pt**, luso-brasileira, 2017.

LAGO, Vivian de Medeiros; BANDEIRA, Denise Ruschel. A Psicologia e as Demandas Atuais do Direito de Família. **Psicologia ciência e profissão**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 290-305, jun. 2009.

LEITE, Denise de Sousa. **Alienação Parental: punições cíveis aplicáveis**. 2014. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014.

LOURENÇO, Maísa Neiva. **Alienação Parental e novas perspectivas**. Monografia (Graduação) – Curso de Direito, UniEvangélica, Anápolis, 2019. 40 p.

LUZ, Ariele Faverzani da; GELAIN, Denise; BENINCÁ, Tatiana Kochenborger. A atuação do psicólogo jurídico na alienação parental. **Revista de Psicologia da IMED**, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 81-88, 2014.

MENDES, Josimar Antônio de Alcântara *et al.* Publicações Psicojurídicas sobre Alienação Parental: uma revisão integrativa de literatura em português. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 21, n. 1, p. 161-174, jan./mar. 2016.

MONTAÑO, Carlos. **Alienação Parental e Guarda Compartilhada: um desafio do Serviço Social na proteção dos mais indefesos: a criança alienada**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2020. 280 p.

MONTEZUMA, Márcia Amaral; PEREIRA, Rodrigo da Cunha; MELO, Elza Machado de. Abordagens da alienação parental: proteção e/ou violência? **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1205-1224, Dec. 2017.

MÜLLER, Vera Regina. Alienação parental: visão jurídica em uma análise psicológica. **Revista Cippus – Unilasalle**, Canoas, v. 7, n. 1, p. 53-72, ago. 2017.

NÜSKE, João Pedro Fahrion; GRIGORIEFF, Alexandra Garci. Alienação Parental: Complexidades Despertadas no Âmbito Familiar. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 77-87, jun. 2015.

PALHARES, Dario; SANTOS, Íris Almeida dos; MELO, Magaly Abreu de Andrade Palhares de. Impactos do divórcio e da guarda compartilhada na saúde e no bem-estar das famílias. **Rev. Soc. Bras. Clín. Méd.**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 190-194, abr./jun. 2018.

PEREIRA, Irving Rahy de Castro; ARAÚJO, Marcella Bezerra; RIBEIRO, Maura Rayanna dos Santos. A importância do psicólogo no processo de direito de família: um estudo sobre a alienação parental. **Revista Encantar – Educação, Cultura e Sociedade**, Bom Jesus da Lapa, v. 2, p. 01-13, jan./dez. 2020.

PRÓCHNO, Caio César Souza Camargo; PARAVIDINI, João Luiz Leitão; CUNHA, Cristina Martins. Marcas da Alienação Parental na Sociedade Contemporânea: um desencontro com a ética parental. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 1461-1490, dez. 2011.

REFOSCO, Helena Campos e FERNANDES, Martha Maria Guida. Entre o afeto e a sanção: uma crítica à abordagem punitiva da alienação parental. v. 14. n. 1. **Rev. Direito GV**, São Paulo: 2018.

ROCHA, Karina Ferreira da. Alienação parental: um mal devastador às crianças e adolescentes. **Revista Âmbito Jurídico**. São Paulo, 1 dez. 2016. Disponível em: <https://ambitojuridico.com.br/edicoes/revista-155/alienacao-parental-um-mal-devastador-as-criancas-e-adolescentes/>. Acesso em: 26 abr. 2021.

ROCHA, Polianna Ramos de Moraes. **A Lei de Alienação Parental e seus meios punitivos**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Direito) – Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais do Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2012.

RODRIGUES, June Guedes; JAGER, Márcia Elisa. Atuação do psicólogo no contexto da alienação parental: uma revisão sistemática da literatura nacional. **Multiciência Online**, v. 3, n. 5. Santiago, 2016.

SARMET, Yvanna Aires Gadelha. **Os filhos de Medeia e Síndrome da Alienação Parental**. Psicologia USP, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 482-491, dez. 2016.

SOUSA, Liliane Medeiros Barros. **A Atuação do Psicólogo Jurídico no fenômeno da Alienação Parental**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Psicologia) – Faculdade de Ensino Superior do Piauí, Teresina, 2017.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. **Revisão integrativa: o que é e como fazer**. *Einstein (São Paulo)*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010.

SUÁREZ, Ramón Jesús Vilalta. Descripción del Síndrome de Alienación Parental en una muestra forense. **Psicothema**, Oviedo, Espanha, v. 23, n. 4, p. 636-641, 2011.

COVID 19: A CULTURA DO LUTO E A QUEBRA DOS RITUAIS FÚNEBRES FACILITADORES DE RESSIGNIFICAÇÃO

Danielle Cristine Fernandes da Silva¹
Kay Francis Leal Vieira²

RESUMO

O coronavírus COVID-19 tem sido considerada uma grave crise sob o ponto de vista tanto epidemiológico quanto psicológico. O luto em massa em pouco espaço de tempo e os problemas que o vírus traz, fez com que houvesse uma quebra nos ritos de passagem presentes na cultura ocidental, dessa forma dificultando a elaboração da perda desde entes queridos, a sociedade como um todo. O objetivo desse trabalho objetivou-se identificar e sistematizar a covid-19, o luto e os rituais de despedida como facilitador da elaboração da perda, que por ter sido impedido pelo alto nível de contaminação, pode ocorrer o desencadeamento de fatores negativos como o transtorno depressivo, também buscou desenvolver estratégias de intervenção como facilitador a adaptação funcional, é importante para que se tenha além da dor, a opção da busca do bem estar. O método de pesquisa utilizado foi revisão integrativa da literatura. Para obtenção dos artigos analisados neste trabalho foram consultadas as bibliotecas digitais como Scielo, PubMed, bases de dados LILACS, Medline, IBECs, Index PSIC, BVS Psi e Cochrane Library, entre os anos de 2015 a 2020. Foi usado como critério de exclusão os artigos que não estavam dentro da faixa de tempo estabelecido e os problemas com relação a saúde mental não tinham relação com a covid-19. Foi localizado 7 artigos em que afirmam que por haver dificuldade na experiência da perda de uma pessoa significativa, a falta em atender as necessidades daqueles que experimentam o enlutamento, podem desencadear problemas de saúde mental como a depressão.

Palavras-chaves: Pandemia; Covid-19; Luto, Saúde Mental; Transtorno Depressivo.

ABSTRACT

The COVID-19 coronavirus has been considered a serious crisis from both an epidemiological and psychological point of view. Mass mourning in a short period of time and the problems that the virus brings, caused a break in the rites of passage present in Western culture, thus making it difficult to elaborate on the loss of loved ones, society as a whole. The objective of this study was to identify and systematize covid-19, mourning and farewell rituals as a facilitator in the elaboration of the loss, which, as it was impeded by the high level of contamination, can trigger negative factors such as depressive disorder, and also sought to develop intervention strategies as a facilitator of functional adaptation, it is important to have, in addition to pain, the option of seeking well-being. The research method used was an integrative literature review. To obtain the articles analyzed in this work, digital libraries such as Scielo, PubMed, LILACS, Medline, IBECs, Index PSIC, BVS Psi and Cochrane Library were consulted, between the years 2015 to 2020. The exclusion criteria were used articles that were not within the established time range and the problems

1 Graduanda de Psicologia do UNIESP. Email: danielle.6150@gmail.com.

2 Professora Orientadora do curso de Psicologia UNIESP. Email: kayvieira@yahoo.com.br.

related to mental health were not related to covid-19. Seven articles were found in which they claim that because there is difficulty in the experience of the loss of a significant person, the failure to meet the needs of those who experience bereavement can trigger mental health problems such as depression.

INTRODUÇÃO

De acordo com Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas INI/FIOCRUZ (2021), o coronavírus SARS-CoV-2 é o responsável pela pandemia da Covid-19. Esse novo vírus faz parte de uma família já conhecida, capaz de provocar doenças em animais e seres humanos. Pesquisadores chineses identificaram que o vírus é originário de morcegos e que atualmente houve o fenômeno transbordamento zoonótico, ou seja, ao acometer que morcegos sofressem uma mutação e passassem a infectar humanos, sendo assim um processo natural e não induzido pelo homem.

De acordo com Benvenuto *et al.* (2021), o diagnóstico precoce significa estabelecer medidas importantes para o controle da doença epidêmica. Estudos que busquem a relação da covid-19 com outras doenças virais, e como ele se adapta a diferentes lugares por meio de mutações, são caminhos que podem ajudar a entender a progressão da COVID-19, bem como servirem de base para o desenvolvimento de novos medicamentos.

Conforme Peixoto *et al.* (2021), falam que o dilema e a dor causada pela pandemia da covid-19 no Brasil desde o primeiro semestre do ano de 2020, se estende não apenas pelo número de mortos, mas, uma tristeza subjetiva de cada ente querido que partiu sem a devida despedida, o ritual do luto em nossa cultura ocidental, o velório e o último adeus. Devido ao alto grau de contaminação da covid-19, ao falecer principalmente em hospitais, sejam eles públicos ou privados, o corpo da pessoa é colocado na urna fúnebre e lacrada para que o vírus não se propague, em seguida já é encaminhado para sepultamento sem permissão de acesso aos seus parentes de acompanhar o engavetamento da urna, pois mais uma vez o local também é propício de contaminação, evitando assim, que demais pessoas sejam infectadas.

Conforme Coelho Filho e Lima (2017), o paradoxo viver e morrer acompanha a evolução do ser humano. Quando se perde um ente querido, este vivencia um processo de luto que apesar de ocorrer de forma individual, sofre influência do meio

social. Para algumas pessoas é possível gerar sofrimento psíquico dificultando que o enlutado possa ressignificar a experiência da perda, sendo necessários a ajuda do profissional médico e/ou psicológica. Para Kovács (2013), ao perder uma pessoa importante, potencializa uma desorganização do sujeito ocasionando um sentimento de impotência afetando a realização de atividades cotidianas.

Conforme Freitas (2008), afirma que compreender o processo de enlutamento diz respeito a entender os modos de ser vivenciado na experiência de uma ruptura radical e definitiva no mundo do enlutado no seu caráter intersubjetivo, especificamente intercorporal.

Segundo Bayard (1996, apud SOUZA, 2019), o rito fúnebre é, a princípio, o gesto técnico de lavar, enterrar e cremar o cadáver, mas é o seu prolongamento para ato simbólico que o torna abrangente em todo o seu sentido. Os ritos fúnebres têm início com a agonia e coincidem com a fase inicial do luto, prolongando-se com o culto dos mortos ou a visita ao cemitério, como ocorre no dia de finados. Ainda, segundo Bayard (1996), é nos ritos de passagem em que ocorre a consagração da separação entre o morto e os vivos, assegurando a inclusão do morto em um estatuto *post mortem*.

Conforme Freitas (2015), a perda de um ente querido com quem foi compartilhado uma vida e se esta entrelaçado, passa a ser vivida como uma perda de um mundo vivido compartilhado. A experiência por ondas ou momentos de retorno das emoções ligadas ao sofrimento do luto é descrita no DSM-5 (APA, 2014).

Segundo Michel (2019), cita que aparecer isolados sintomas característico de um episódio depressivo maior como insônia, falta de apetite, perda de peso e humor depressivo, costuma aparecer em indivíduos enlutados. Ainda que não se trate de um transtorno mental, é possível um auxílio profissional para encontrar o alívio destes sintomas para esse grupo de pessoas. Quando o enlutado apresenta sintomas patológicos prolongados como os citados, o luto passa a ser chamado de luto complicado ou luto prolongado.

De acordo com Horowitz (1980), citado por Fernandes (2020), define o luto complicado como a intensificação do luto ao ponto que a pessoa se sinta carregada, recorrente de um comportamento mal adaptado ou permanecendo

interminavelmente no estado de luto sem progresso do processo em direção ao seu término.

Conforme Jacobucci (2015), não é possível prevenir o luto complicado, porém, as pessoas que apresentam um maior risco em desenvolvê-lo devem ser orientadas a buscar ajuda terapêutica, para trabalhar as crenças negativas sobre a perda, falar sobre a dor e a angústia que se está vivenciando e permitir-se chorar.

Segundo Kovács (2009), citado por Souza e Santos (2015), o luto faz parte de um processo de elaboração diante da perda de uma pessoa em que houve vínculos estabelecidos. Dessa forma, é comum que muitos familiares, parentes e amigos não saibam como lidar com toda essa situação problemática do luto complicado, em que não é possível o cumprimento do rito para que ocorra a elaboração da despedida. No que diz respeito a saúde mental em que o enfrentamento diante do luto de forma descontinuada, pode acometer o indivíduo a desenvolver transtornos pós-traumático como o transtorno depressivo, e desencadear fatores concomitantes, levando ao abandono de si mesmo ao refletir a dor da perda e o vínculo do apego que foi ceifado, de forma abrupta com o falecido, não sendo possível a elaboração e compreensão das emoções que foram desalinhas por falta da despedida.

Por tanto, o objetivo desse trabalho pretende identificar e sistematizar a covid-19, o luto e os rituais de despedida como facilitador da elaboração da perda, que por ter sido impedido pelo alto nível de contaminação, pode ocorrer o desencadeamento de fatores negativos como o transtorno depressivo, e também buscar desenvolver estratégias de intervenção como facilitador a adaptação funcional, é importante para que se tenha além da dor, a opção da busca do bem-estar.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A CULTURA DO LUTO NO OCIDENTE

De acordo com Azevedo e Pereira (2013), citado por Gomes (2017), a morte faz parte do desenvolvimento humano desde a sua mais tenra idade se prolongando por todo o ciclo vital, assim faz parte de um processo natural. A atitude do homem contemporâneo diante da morte e do morrer pode ser vista como resultado de um longo processo de mudanças que atravessou o tempo.

Conforme Prado (2018), a morte é visualizada de diferentes modos devido a cada sociedade ter sua cultura, hábito, crenças, valores, e seus recursos de enfrentamento. Ao pensar a vida humana como complexa, conviver com a sua terminalidade também, dessa forma, é necessário ter um olhar ampliado no processo dinâmico e complexo que é a morte em que envolve diferentes campos de significados e ações influenciando a qualidade com que este fenômeno ocorre.

Na idade média entre os séculos V e XV a morte era um fenômeno comum, esperada no leito de sua casa, constituída como modelo de ato público em que envolvia familiares, amigos e vizinhos. Ao longo dos tempos o significado da morte passou por várias transformações até que no século XIX passou a ser associada a sentimentos de vergonha, medo, temor e solidão, sofrendo assim, influência na manutenção de um tabu coletivo acerca da morte por representar uma ruptura no ciclo normal da vida. No século XX este conceito se intensificou quando a morte passou a ser considerada vergonhosa, negada ou escondida, chegando a se tornar um fenômeno técnico em que a pessoa é encaminhada ao hospital na tentativa de que a morte seja controlada pelo médico e sua equipe de saúde. Sobre as crenças religiosas pode-se afirmar que:

As crenças religiosas/espirituais das diversas culturas influenciam na maneira de lidar com a perda, podendo favorecer uma maior aceitação do processo. Essa espiritualidade traz, em certa medida, um conforto ao enlutado que acredita em um propósito para a existência e partida de seu ente querido. Logo, deve ser levada em conta as crenças em spiritistas, médiuns, curandeiros e outros. (LUCHETTI; LUCHETTI, 2014, p.10 apud GARCIA; FARIA 2020).

De acordo com Soares e Mautoni (2013), no Brasil uma das religiões mais adepta a prática dos ritos de despedida é o catolicismo, também chamada de funeral. É uma cerimônia que concretiza a perda, a passagem de uma vida para outra, a morte oportunizando expressões de dor e sofrimento, de solidariedade, apoio e afeição e posteriormente o sepultamento. Também é possível que os familiares e amigos logo após a despedida, o corpo seja encaminhado para a cremação, sendo marcada uma missa no sétimo dia. Ambas as opções, tem por finalidade facilitar para que o luto seja vivenciado saudavelmente. Essa experiência física e real quando não praticada, corre-se o risco de a dor ser suprimida na tentativa de negar a morte.

A PANDEMIA DA COVID-19

Segundo Brooks (2020), durante a pandemia da covid-19, a quarentena teve efeitos negativos e potencialmente prolongados na saúde psicológica dos indivíduos. Scanlon e McMahon (2011), afirmam que no decorrer da crise pandêmica é possível associar desde perdas em massa, a vidas humanas. Para Weaver e Wiener (2020), muitas pessoas tem se deparado com mudanças rápidas no seu dia-a-dia e precisam lidar com o imprevisível. Arango (2020), afirma que muitas outras pessoas foram infectadas ou então perderam alguém da sua rede socioafetiva em decorrência da doença. É possível compreender melhor estas afirmações sob o olhar no contexto de desastres e emergências, em que traz o conceito de definição como:

O contexto de desastres e emergências engloba catástrofes ambientais, conflitos armados, epidemias, entre outros. As vítimas vivenciam um momento de crise, relativo ao episódio em si e as consequências dele, que influi na saúde mental acarretando em um aumento da incidência de transtornos psíquicos, a variar de acordo com a amplitude do evento e o grau de vulnerabilidade. (GARCIA; FARIA, 2020, p.2).

Conforme Garcia e Faria (2020), ainda complementa afirmando que para aqueles que sofreram a perda de entes queridos pode ocorrer o processo de luto prolongado devido às limitações impostas pelo contexto pelo fato de não encontrar o corpo, não poder velar, sofrer múltiplas perdas, pode fazer com que ocorra um processo de agravamento desencadeando um quadro de luto complicado. Além dele, no contexto de desastre e emergência, síndromes depressivas são os mais comumente vistos, se houver evolução para quadros psicopatológicos (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2005).

Segundo Paranhos (2015), destaca que é importante que o psicólogo se atenha na compreensão dos pilares da intervenção em situações de emergências e catástrofes. Seu trabalho ocorre juntamente aos órgãos governamentais e não governamentais, onde múltiplas ações serão desenvolvidas a partir de intercessões individuais, em grupo, e também com a equipe e órgãos atuantes. Miyazaki (2020) completa dizendo que acolhimento deve ocorrer por meio de uma relação empática e ativa para que seja possível a elaboração das perdas, sejam elas por mortes,

projetos de vida e ou bens materiais, para que ocorra o planejamento de um futuro significativo.

De acordo com Alves (2014), por ocorrer tudo muito rápido nesse contexto, os afetados perdem suas defesas comuns dificultando a capacidade de enfrentamento adquirida ao longo da vida fazendo-a parecer insuficiente.

Com relação a saúde mental durante a pandemia pode se dizer que:

Estima-se aumento da incidência de transtornos psíquicos, a variar de acordo com a amplitude do evento e o grau de vulnerabilidade. Para os indivíduos atingidos, é um momento usualmente marcado por desordem psicológica, visto que a capacidade de enfrentamento é reduzida ou mesmo ineficaz, já que se trata de algo atípico. (GARCIA; FARIA, 2020, p.6).

Segundo Miyazaki e Teodoro (2020) citam que se os sintomas em questão são causadores de comprometimento no dia-a-dia e na conduta social, sentimentos de sofrimento intenso prolongado devem ser considerados como indicadores de uma evolução para um quadro patológico. Alves (2014) completa afirmando que em uma pandemia era uma mudança aguda sobre a sociedade devido ao aumento de vulnerabilidade, ocasionando sentimentos de desamparo e impotência e uma visão de perda da confiança no futuro, então, para além dos sintomas já citados, é comum que o indivíduo viva desorientação, luto, dissociação, confusão, tristeza, dor, falta de habilidade para se cuidar.

Em relação a chamada síndrome depressiva é correto afirmar que:

O humor triste e desânimo são os elementos que mais se sobressaem. Mas há uma infinidade de sintomas associados: choro frequente, apatia, tédio, irritabilidade aumentada, desesperança, fadiga, cansaço, insônia ou hipersonia, sentimentos de baixa autoestima, incapacidade, vergonha, culpa, etc. (DALGALARRONDO, 2008, p. 6).

O autor ainda afirma que do ponto de vista psicológico, a depressão tem significativa relação com experiências de perda, seja de pessoas queridas, emprego, moradia, status ou algo meramente simbólico. Rosenblatt e Wieling (2014) alegam que a depressão tende a coexistir sendo possível que o luto e a depressão compartilhem a comorbidade em uma parcela considerável da população em sofrimento. Dalgalarrondo (2008), complementa afirmando que os sintomas ansiosos causam sofrimento intenso e perturbam a vida social e ocupacional do indivíduo.

A Organização Panamericana de Saúde (2005) conceitua o luto complicado como aquele que não evolui de forma contínua se torna mais difícil que o habitual, levando o indivíduo a um transtorno depressivo caracterizado pela tristeza profunda, perda da capacidade de se interessar pelas coisas, redução do nível de atividades e cansaço exagerado. Segundo Soares e Mautoni (2013), pode ocorrer sinais como depressão constante, sentimentos excessivos de culpa e raiva, persistência de luto intenso, sempre descontrolado ou tenso, e negação contínua da realidade da perda; perdas consecutivas; apoio familiar nulo ou inexistente e sintomas físicos de duração prolongada indicam a necessidade de buscar ajuda por serem considerados agravantes, indicadores de luto complicado.

Conforme Zampieri (2020), faz referência expondo que 20% das pessoas que adoecem psiquicamente precisam de apoio e cuidados providos tanto pelo governo, quanto pela sociedade. E que os outros 80% se recuperam do choque sozinhas, sem necessidade de cuidados profissionais. Garcia e Faria (2020), os efeitos que a saúde mental em geral é marcado nas populações que vivem em condições precárias devido possuir recursos escassos acesso limitado aos serviços sociais e de saúde.

A IMPORTÂNCIA DE VIVER O LUTO – RESSIGNIFICAÇÃO DO SENTIDO DA VIDA

Segundo Souza (2019), no decorrer do ciclo da vida vivenciamos a perda de entes queridos, sendo assim, é importante marcar estes acontecimentos dando a eles o seu devido significado de importância para que haja a elaboração da perda por morte.

De acordo com Ariès (2003 apud SOUZA, 2019), afirma que:

Os estudos acerca dos rituais humanos incluindo o ritual fúnebre, têm mostrado que mudanças ao longo da vida precisam ser marcadas, pontuadas, e que as práticas rituais tendem a ajudar simbolizar essas mudanças e elaborar as perdas associadas. (ARIÈS, 2003; AUGRAS, 1984; BAYARD, 1996; BROMBERG, 2000; CUNHA, 1999; DEWEIK, 2007; GENNEP, 1978; GORER, 1955; IMBERBLACK, 1998; KOVÁCS, 1992, 2003, 2005; KÜBLER-ROSS, 1987; MARANHÃO, 1987; MITFORD, 1963; SCHLINDWEIN, 2001; SOUZA, 2008, p. 2).

Conforme Campos (2016), o luto é um processo interrompido de vínculo significativo, em que é possível os sentimentos de tristeza, raiva, reações de choque, negação, isolamento social. É importante que alguém ande lado a lado com o enlutado, pois é significativo que o mesmo se sinta acolhido nesse tempo de pesar.

De acordo com Paranhos e Werlang (2015) afirmam que ter um olhar direcionado para as demandas psicológicas em que pessoas passaram por eventos traumáticos abre espaço para a demanda em psicologia incentivando estes profissionais a se apropriar de seu papel no contexto em questão. CFP (2020) diz que, a fim de evitar o contágio da pandemia da Covid-19, o novo coronavírus, o Sistema Conselhos de Psicologia comunica a permissão à categoria que é possível a prestação de serviços psicológicos, feito por meios de tecnologia da informação e da comunicação, como o atendimento on-line, citando que:

A medida se deu para tentar atenuar os impactos do vírus na sociedade, assim como para facilitar o atendimento e o trabalho das(os) psicólogas(os), tão necessário para a saúde mental da população, especialmente em um momento de pandemia, no qual há implicações emocionais de uma possível quarentena e de aspectos psicológicos do isolamento. (CFP, 2020).

Segundo Melo *et al.* (2020), essa atuação visa a promoção do bem-estar psicossocial e redução do estresse agudo, possibilitando o apoio não invasivo e escuta qualificada orientando para a busca de informações confiáveis e sobre os serviços disponíveis de atenção psicossocial mais próximos protegendo as pessoas de outros danos, promovendo a psicoeducação, e nos casos específicos de luto, identificar os recursos possíveis que ajudarão na elaboração da perda. Paranhos e Werlang (2015), a psicologia deve propor campo produtivo para que as vítimas possam reconstruir e ressignificar suas vidas, sendo assim, é importante trabalhar fatores que gerarão o crescimento das mesmas, ainda que afetadas por situações tão turbulentas como uma pandemia. O psicólogo tem que se ater a não reforçar as lógicas de vitimismo, oportunizando então, um papel ativo de todos neste processo.

De acordo com Miyazaki e Teodoro (2020), falam que o psicólogo que acolhe os enlutados afirma que o trabalho pode ser feito a partir do foco na perda e na recuperação, pois ao focar a perda, mostra que a vivência da dor é inevitável, porém, é possível ajudar o enlutado a perceber esta nova realidade e aceitar o luto, para tanto, a vida seguirá e as memórias da pessoa que partiu porém, estarão

sempre presentes. Ao focar a recuperação, o profissional irá auxiliar o indivíduo em luto a buscar autonomia e desenvolver competências e aptidões para viver a nova fase.

O psicólogo deve conduzir a sessão voltada para o acolhimento de acordo com o subsídio de que:

Deve se dar através de uma relação empática e ativa, com perguntas esclarecedoras, psicoeducação, manejo de emoções, a fim de favorecer a elaboração da perda e, conseqüentemente, viabilizar o planejamento de um futuro significativo. (MIYAZAKI; TEODORO, 2020, apud GARCIA; FARIA, 2020, p. 14).

Segundo Arango (2020) e Maciel (2020), faz referência aos profissionais da equipe de saúde e a saúde mental em que é importante acompanhar as repercussões dos processos de terminalidade, morte e luto em série de seus colegas de trabalho, que ao serem acometidos pela covid-19 passam por intenações e até mesmo chegam a óbito (SCANLON; MCMAHON, 2011). Para Sshap (2020), as demais pessoas que trabalham em funerárias, e às repercussões psicológicas negativas experienciadas em que os mesmos relatam se sentirem sobrecarregados e angustiados, particularmente quando encontram os familiares da pessoa em óbito com o caixão lacrado vindo do hospital, pedem para adicionar objetos pessoais junto ao falecido.

Conforme Wallace *et al.* (2020), diz que o psicólogo pode atuar junto aos profissionais que atuam durante a fase de resposta e recuperação da pandemia devem trabalhar esse profissional a focar na promoção de autocuidado, para ajudar a lidar com as adversidades desse período incluindo orientações como pausas e conexões com a pandemia, Zhang *et al.* (2020), pois é possível que sintomas psicológicos podem emergir nesse contexto como insônia, estresse, ansiedade e depressão.

De acordo com Zhai (2020), para os indivíduos que experimentam a perda e o luto é possível que cause problemas de saúde mental e física, definir como se dá essa transição, facilitará a estratégia de intervenção para facilitar a adaptação funcional à perda e promover o bem-estar durante a crise. Ainda segundo o autor Zhai (2020), cabe ao profissional de saúde mental explorar o emprego de estratégias adaptativas como afetivas, cognitivas, comportamentais, físicas e espirituais, adaptando ao enlutado as diversas situações como forma de minimizar a dor

psíquica. Ao estimular esse novo olhar de adaptação, significa a reconstrução à adaptação funcional e perda, ajudando-o a se reconectar consigo mesmo e com o mundo.

Segundo Crepaldi *et al.* (2020), citam que é de grande importância reconhecer que os processos que envolvem morte e luto são vividos distintamente por cada um, assim, logo não deve haver um padrão normativo, rígido. As potencialidades e recursos familiares devem ser enfatizados pelo psicólogo não devendo focar apenas na perda, assim, é possível que haja fortalecimento das redes de apoio e da solidariedade entre as pessoas, o que é basilar para enfrentar as dificuldades derivadas do contexto.

MÉTODO

Para alcançar os objetivos propostos neste estudo, o método utilizado foi baseado em Revisões Integrativas sistemáticas e metanálise, fundamentando em ideias e pressupostos de teóricos que apresentam significativa importância na definição e construção dos conceitos discutidos nesta análise: Covid-19 - A Implicação na Vida Cotidiana das Pessoas no Decorrer da Pandemia, A Cultura do Luto, O Luto e a Quebra dos Rituais, Transtorno Depressivo, A quebra dos Rituais do Luto como Facilitadores do Transtorno Depressivo.

Para embasamento da pesquisa foi feito um levantamento bibliográfico e bibliotecas digitais com artigos das bases foram consultadas as bibliotecas digitais como Scielo, PubMed, bases de dados LILACS, Medline, IBECs, Index PSIC, BVS Psi e Cochrane Library, entre os anos de 2015 a 2021. Foi usado como critério de exclusão os artigos que não estavam dentro da faixa de tempo estabelecido e os problemas com relação a saúde mental não tinham relação com a covid-19. A amostra do estudo é caracterizada por pessoas que tiveram sua saúde mental adoecida durante a pandemia da covid-19 em que perderam seus entes queridos sem ter a chance da despedida. Assim sendo, o trabalho transcorrerá a partir do método conceitual-analítico, visto que utilizaremos conceitos e ideias de outros autores, semelhantes com os nossos objetivos, para a construção de uma análise científica sobre o nosso objeto de estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos foram organizados em formato de tabela, descrevendo autor, ano título, objetivos e os resultados das referidas pesquisas. Sendo os artigos baseados em revisões Integrativas, sistemáticas e metanálise. Portanto, iniciou-se falando sobre A Cultura do Luto no Ocidente de Souza, Christiane Pantoja, and Airle Miranda de Souza (2019). Em seguida o Luto dentro do contexto de Desastres e Emergências trazendo o conceito da Pandemia Garcia, Faria (2020). Histórias de Morte e Luto Souza, Santos, (2015). Coronavírus: Comunicado Sobre Atendimento online CFP (2020). Informações técnicas atualizadas para contribuir com a prática profissional da psicologia, Miyazaki, Teodoro (2020). Perda e luto em meio a COVID-19: um caminho para adaptação e resiliência, Zhai, Du (2020). Como também o sentido do período da Terminalidade, Morte e Luto Crepaldi, Maria Aparecida et al.

Segue o quadro 1 de acordo com os artigos que se enquadraram nos critérios da pesquisa e foram selecionados:

Quadro 1- Artigos levantados sobre a revisão integrativa e metanálise.

Autor, ano	Título	Objetivo	Resultado
de Souza, Christiane Pantoja, and Airle Miranda de Souza (2019).	Rituais Fúnebres no Processo do Luto: Significados e Funções	Compreender as implicações das manifestações humanas diante da morte para a vida dos indivíduos e da sociedade.	A dedicação presente nos rituais relacionados à morte possibilita aos vivos amenizar possíveis sentimentos de culpa, sendo o ritual fúnebre necessário para a maturação psicológica por ter atribuições relevantes, como ajudar o indivíduo a confrontar-se com a perda concreta, entrando no processo de luto e possibilitando lhe também a manifestação pública de seu luto.
Garcia, Isabela Pereira, Faria, Hila Martins Campos (2020).	A Vivência do Luto no Contexto de Desastres e Emergências	Compreender como se dá a vivência do luto no contexto de desastres e emergências.	O contexto de desastres e emergências engloba catástrofes ambientais, conflitos armados, epidemias, entre outros. As vítimas vivenciam um momento de crise, relativo ao episódio em si e as consequências dele, que influem na saúde mental acarretando em um aumento da incidência de transtornos psíquicos, a variar de acordo com a amplitude do evento e o grau de

			vulnerabilidade.
Souza, Andréia Santiago Sobreira Santos; Santos, Franklin (2015).	Histórias de Morte e Luto: Um Estudo Sócioantropológico da Vivência da morte em um grupo operativo no Cras.	Apresentar uma reflexão sócioantropológica sobre a relação saúde e doença, demonstrando a partir desses indicadores que a morte e luto, os quais queremos destacar, podem ser lidos através de múltiplos impulsionadores e bases epistemológicas.	Vive-se o tempo do isolamento social, onde a expressão de dor diante da morte se torna solitária. Contudo, somos surpreendidos com a morte, porque mesmo não a convidando ela encontra brechas para reclamar o seu lugar no cotidiano do homem. Somos desafiados a dar-lhe seu lugar de expressão através de vozes abafadas por choro e sofrimentos que não encontraram antes lugar de expressão. Este sofrimento só é visto no coletivo pois é preciso um para ser ouvido e outro para ouvir.
CFP (2020).	Coronavírus: Comunicado Sobre Atendimento online. Profissionais Poderão Fazer Atendimento on-line Sem Necessidade de Aguardar Aprovação do Cadastro no E-PSI.	Informar que profissionais Poderão Fazer Atendimento on-line Sem Necessidade de Aguardar Aprovação do Cadastro no E-PSI.	o Sistema Conselhos de Psicologia comunica à categoria que as(os) profissionais que optarem pela prestação de serviços psicológicos realizados por meios de tecnologia da informação e da comunicação, como o atendimento on-line, devem realizar o cadastro pelo site “Cadastro e-Psi” (link: https://e-psi.cfp.org.br/). Porém, temporariamente para os meses de março e abril, não será necessário aguardar a confirmação da plataforma para começar o trabalho remoto.
Miyazaki, Maria Cristina de Oliveira Santos. Teodoro, Maycoln (2020).	Luto. Trabalha como psicóloga/o mas tem dúvidas sobre como pode ajudar indivíduos, grupos, famílias, instituições e sociedade na pandemia? A SBP, através do Grupo de Trabalho (GT) de enfrentamento da Pandemia SBP COVID-19, reuniu informações técnicas atualizadas para contribuir com a prática profissional da psicologia.	A vivência do luto durante a pandemia da COVID -19. Revisar o conceito de luto e as alternativas do psicólogo para abordar esta temática neste contexto.	Durante a pandemia de COVID-19 é esperado o aumento de número de mortes, de modo que este será um tema presente no aconselhamento psicológico. Identificar os sinais do luto, acompanhar e ajudar a pessoa a superar este momento será muito importante para a saúde mental durante a quarentena.

<p>Zhai, Du (2020).</p>	<p>Perda e luto em meio a COVID-19: um caminho para adaptação e resiliência.</p>	<p>Ajudar os enlutados a compreender e reconstruir crenças e expectativas destruídas, os profissionais de saúde mental podem facilitar a integração funcional da perda dos enlutados e ajudá-los a se reconectar consigo mesmos e com o mundo. Identificar e desenvolver traços de resiliência, como autoeficácia e suporte social, é crucial ajudar os enlutados a reconhecerem seus pontos fortes e habilidades para ampliar a resiliência individual.</p>	<p>O reconhecimento da singularidade da perda e do luto de cada indivíduo proporcionará oportunidades para desenvolver estratégias personalizadas que facilitem a adaptação funcional à perda e promovam a saúde mental e o bem-estar nesta crise.</p>
<p>Crepaldi, Maria Aparecida et al (2020).</p>	<p>Terminalidade, Morte e Luto na Pandemia da COVID-19: Demandas Psicológicas Emergentes e Implicações Práticas.</p>	<p>o objetivo do presente estudo é sistematizar conhecimentos sobre os processos de terminalidade, morte e luto no contexto da pandemia de COVID-19, buscando caracterizar demandas psicológicas emergentes e discutir implicações para a prática.</p>	<p>Foi destacada a importância do reconhecimento de que os processos de terminalidade, morte e luto são experienciados de forma singular, não havendo uma sequência estanque ou normatizadora, tampouco rigidez nos rituais que favorecem a despedida e a elaboração de sentido para as perdas em tempos de pandemia. Potencialidades e recursos familiares devem ser enfatizados pelo psicólogo, ao invés das perdas unicamente, na perspectiva do fortalecimento das redes socioafetivas, do compromisso e da solidariedade entre as pessoas, o que parece essencial para enfrentar desafios tanto durante quanto após a vigência da pandemia. Salientamos também a importância do cuidado à saúde mental do próprio psicólogo, frente às adversidades vivenciadas diante</p>

			dessa grave emergência de saúde pública
--	--	--	---

Fonte: A própria autora

A maioria dos estudos mostram aspectos negativos e os prejuízos trazidos pela pandemia da covid – 19, sendo assim, é possível que ocorra o desenvolvimento do quadro de transtorno depressivo. Para Souza, Airle (2019), afirma que cumprir o ritual fúnebre de seus entes queridos cumprindo cada etapa de forma a expressar seu amor, e quando não apenas em fala, mais também em silêncio é de grande relevância como forma de maturação diante da chegada do luto. De fato, fica mais fácil elaborar a perda e as fases do luto quando já é possível a aceitação da morte daquele que partiu deixando a saudade.

Segundo Garcia e Faria (2020), traz a pandemia dentro da conjuntura de desastres e emergência e o luto dentro deste contexto, afirmando que devido ao rompimento de um vínculo significativo, Faz - se necessário que alguém caminhe ao lado do enlutado, pois ele carece de sentir - se apoiado nesse tempo de pesar (Campos, 2016). De fato, quando se tem um apoio emocional desde a família, como também da sociedade em que é possível ter pessoas próximas, facilita enfrentar a morte e as suas consequências sem que se torne um luto complicado.

De acordo com Souza, Santos (2015), fala que os sentidos de saúde e doença são mediados dentro de um contexto histórico-cultural e que, portanto, as relações de morte e luto não poderiam ser apartados desse entendimento mais amplo e abrangente. Ao longo dos anos as representações da morte e luto vão sendo construídas e reconstruídas a exemplo de nossa dinâmica em grupo e o sentido que hoje fazemos desses assuntos passou por várias etapas, dando-se sempre no coletivo. A pesar de o luto e todas as suas dores serem individuais, o coletivo faz parte dessa reconstrução de ressignificação como forma de acolhimento e apoio, afim de que se faça possível a elaboração dessa partida. Assim conclui os autores, os significados de morte e morrer ao longo da história do homem são construídos, desconstruídos para serem reconstruídos no social e no tempo.

Conforme o CFP (2020), entrou em alerta no que diz respeito a apoiar, colocando em prática o papel da psicologia dentro do contexto da pandemia na forma de prestação de serviços de informações para os seus profissionais psicólogos como forma emergente de dar atenção a toda a população que tivesse

acesso à internet e precisasse de atendimento. Foi de grande relevância essa atividade porque fez chegar a uma gama da população em que não tendo renda financeira disponível para arcar com os atendimentos, muitos profissionais se dispuseram a dar esse apoio sem custos fazendo a diferença na vida daqueles que estavam sofrendo com o luto e ao mesmo tempo com o isolamento social sem ser possível o atendimento pessoal.

De acordo com Miyazaki, Teodoro (2020), traz um estudo em grupo de como psicólogo deve proceder para dá apoio a toda a sociedade e instituições dentro da pandemia, a identificar os sinais do luto, acompanhar e ajudar a pessoa a superar este momento tendo em vista que será muito importante para a saúde mental durante a quarentena.

Segundo o autor Zhai (2020), traz de forma clara e objetiva a importância do psicólogo que traz em seu conhecimento a psicoeducação como estratégias adaptativas para que o indivíduo tenha uma adaptação funcional a fim de promover o bem-estar durante essa transição.

Conforme Crepaldi, et al (2020), diz que entende-se que as implicações psicológicas desencadeadas pela COVID-19 podem ser mais prevalentes e duradouras que o próprio acometimento pela doença (Ornell *et al*, 2020; Crepaldi *et al*, 2020). Isso sugere a relevância de intervenções psicológicas tanto durante quanto após a vigência da pandemia, considerando também a chamada “segunda onda” (Shojaei & Masoumi, 2020), com destaque às demandas relacionadas aos processos de terminalidade, morte e luto (Bakshi, 2019; Weir, 2020). De fato, quando se é pego dentro de uma pandemia em que não é possível vivenciar os rituais de despedida do falecido, há uma mudança brusca no processo como um todo, em que uma das maiores consequências para quem fica, é elaborar e aceitar uma partida tão rápida e brusca daquele com quem se tinha convivência e vínculo tão próximo. Ficando assim evidente que a ajuda do profissional de psicologia é de fundamental importância para a ressignificação da perda tanto durante como pós pandemia, e o se cuidar do profissional devido à grande demanda e período de atuação no contexto da pandemia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por mais que se ouvisse falar na Pandemia da covid – 19 em todos os meios de comunicação como rádio, tv e principalmente na tecnologia digital ela chegou pegando todos de surpresa, e o que parecia ser apenas sintomas gripais, de repente houve uma ocupação em massa nos hospitais com pessoas sofrendo com sintomas desde dificuldade para respirar ou falta de ar, febre alta, perda de paladar ou olfato, e a rede de saúde mal sabia como tratar, as primeiras medicações indicadas pareciam não fazer efeito, então, em poucos dias se a saúde daquele paciente não melhorasse, ele vinha a óbito. E as famílias como ficavam, o velório e os ritos de passagem? tudo acontecia muito de repente, e muitas pessoas ficaram atordoadas e tendo que seguir instruções muito brutas, no sentido de não dever seguir com o cumprimento dos ritos de passagem devido à grande possibilidade de transmissão do vírus.

As pesquisas já haviam iniciado e continuam em todo o mundo com temas relevantes que variam, desde como tratar o paciente sob o ponto de vista epidemiológico, quanto sequelas de cunho físico e psicológico, como lidar com o luto de entes queridos em um tempo cronometrado para o sepultamento em que não é possível ocorrer a elaboração, devido a pressa em que deve ocorrer o sepultamento, pelo alto nível de contaminação que a doença desencadeia, mesmo depois de a pessoa ter falecido.

Após este estudo, que teve como objetivo pesquisar de forma sistêmica e científica o luto, e o que ele pode desencadear caso não haja a elaboração, confirmou-se a possibilidade de o enlutado, que não foi possível desenvolver o processo do luto, pela impossibilidade do cumprimento dos rituais de passagem da nossa cultura pode ocorrer o desencadeamento de fatores como o transtorno depressivo.

Dessa maneira, a pandemia trouxe consigo um sofrimento coletivo em uma sociedade castigada pela dor daqueles que ficaram, e que ainda buscam entender e aceitar a partida, sem que houvesse uma despedida, um último adeus daquele que adoeceu, se isolou, seja em casa ou em um hospital e logo em seguida silenciou, não tendo direito a um funeral digno de hombridade daquele que deixa seu legado de amor, conquistas e uma saudada partida.

REFERÊNCIAS

- ALVES, E. G. R. **Desastres**: Intervenções em Luto Coletivo. In: SANTOS, F. S; SCHLIEMANN, A. L; SOLANO, J. P. C. Tratado Brasileiro sobre Perdas e Luto. São Paulo: Atheneu, 2014. p. 415 - 423.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). DSM 5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5ª Edição. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ARANGO, Celso. Lessons Learned From the Coronavirus Health Crisis in Madrid, Spain: how covid-19 has changed our lives in the last 2 weeks. **Biological Psychiatry**, [S.L.], v. 88, n. 7, p. 33-34, out. 2020.
- ARIÈS, Philippe. **História da morte no Ocidente: da Idade Média aos nossos dias**. Ediouro Publicações, 2003.
- AZEVEDO, Ana Karina Silva; PEREIRA, Sra Maria Aldeci. O luto na clínica psicológica: um olhar fenomenológico. **Clínica & Cultura**, v. 2, n. 2, p. 54-67, 2013.
- BAKSHI, Anuradha J.; DESHMUKH, Juhi; KUMAR, Satishchandra. The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease: by Steven Taylor, Newcastle upon Tyne, Cambridge Scholars Publishing, 2019, 178 p.
- BAYARD, Jean-Pierre; LEMOS, Benôni. Sentido oculto dos ritos mortuários: morrer é morrer? São Paulo: Paulus, 1996.
- BENVENUTO, Domenico; GIOVANETTI, Marta; CICOZZI, Alessandra; SPOTO, Silvia; ANGELETTI, Silvia; MASSIMO Cicozzi. **Novo coronavírus: origem e evolução baseadas em estudos filogenéticos**. <https://www.canalciencia.ibict.br/ciencia-em-sintese1/especial-covid-19/353-novo-coronavirus-origem-e-evolucao-baseadas-em-estudos-filogeneticos>. Acesso em: 17 set. 2021.
- BROOKS, S; WEBSTER R.K; SMITH L.E; WOODLAND L; WESSELY S; GREENBERG N; RUBIN G.J. **O impacto psicológico da quarentena e como reduzi-lo: revisão rápida das evidências**. The Lancet. 2020; 395 (10227): 912–920.
- CAMPOS, Rejane Rodrigues. Luto: Perdas e Rompimento de Vínculos. São José dos Campos: **Associação Psicanalítica do Vale do Paraíba**, 2016. Disponível em http://apvp.com.br/biblioteca/biblioteca_103.pdf Acesso em: 21 set. 2021.
- COELHO FILHO, João Ferreira; LIMA, Deyseane Maria de Araújo. Luto parental e construção identitária: compreendendo o processo após a perda do filho. **Psicologia Argumento**, v. 35, n. 88, p. 16-32, 2017.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Coronavírus: Comunicado sobre atendimento online**. 2020. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/coronavirus-comunicado-sobre-atendimento-on-line/> Acesso em: 16 mar. 2020.
- CREPALDI, Maria Aparecida; SCHMIDT, Beatriz; NOAL, Débora da Silva; BOLZE, Simone Dill Azeredo; GABARRA, Letícia Macedo. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.
- CZERESNIA, Dina. **Covid-19 é parte da história cultural**. Abrasco, 2020. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/especial-coronavirus/covid-19-e-parte-da-historia-cultural-artigo-de-dina-czeresnia/47505/>. Acesso em: 21 set. 2021.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

DIONISIO, Gustavo Henrique. Catástrofe e luto, trauma e arte. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 20, p. 39-49, 2021.

FERNANDES, Hérica. **O que é o luto e qual a diferença dele para as demais perdas**. 2020. *Psicologia Viva*. Disponível em: <https://blog.psicologiaviva.com.br/o-que-e-o-luto/>. Acesso em: 21 set. 2021.

FREITAS, Joanneliese de Lucas. Bereavement, pathos, and clinical psychology: a phenomenological reading. **Psicologia USP**, v. 29, p. 50-57, 2018.

FREITAS, J. L., MICHEL, L. H. F.; ZOMKOWSKI, T. L. **Eu sem tu: uma leitura existencial do luto em psicologia**. 2015. *IN* FREITAS J. L.; CREMASCO M. V. F. Mães em luto: a dor e suas repercussões existenciais e psicanalíticas. p. 15-24. Curitiba.

GARCIA, Isabela Pereira; FARIA, Hila Martins Campos. **A vivência do luto no contexto de desastres e emergências**. *Cadernos de Psicologia, Juiz de Fora*, v. 2, n. 4, p. 210-227, jun. 2020.

GOMES, Daniele Moreira; SOUSA, Airle Miranda. A morte sob o olhar fenomenológico: uma revisão integrativa. **Rev. Nufem**, Belém. v. 9, n. 3, p. 164-176. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE INFECTOLOGIA EVANDRO CHAGAS (INI/Fiocruz). **Qual a origem desse novo coronavírus?**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/qual-origem-desse-novo-coronavirus>. Acesso em 22 mar 2021.

JACOBUCCI, Nazaré. **O Luto Complicado**. 2015. *Perdas e Luto: Educação para a morte, as perdas e o luto*. Disponível em: <https://perdaseluto.com/2015/04/15/o-luto-complicado/>. Acesso em: 20 set. 2021.

KOVÁCS, Maria Júlia. **Morte e desenvolvimento humano**. Casa do Psicólogo, 1992.

_____. **Educação para a morte temas e reflexões**. Casa do Psicólogo, 2003.

_____. Educação para a morte. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 25, p. 484-497, 2005.

_____. *Perdas e Processos de Luto*. 2009. *IN* SANTOS, Franklin Santana. *Perspectivas histórico-culturais da morte. A arte de morrer: visões plurais*. Bragança Paulista: Comenius, p. 13-25, 2007.

_____. **Morte e Desenvolvimento Humano**. 2013. 5ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a morte e o morrer*. Trad. Paulo Menezes. 3ª Ed. São Paulo: Martins Fontes. 1987.

LUCCHETTI, Giancarlo; LUCCHETTI, Alessandra L. G. *Luto e Espiritualidade*. *IN*: SANTOS, Franklin Santana; SCHLIEMANN, A. L.; SOLANO, João PC. *Tratado brasileiro sobre perdas e luto*. São Paulo: Atheneu, 2014.

MACIEL, Maria Goretti et al. **Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: cuidados paliativos**. Orientações aos profissionais de saúde. 2020.

MARANHÃO, J. L. *O que é morte?*. 3ª ed. 1987. São Paulo: Brasiliense.

MELO, Bernardo Dolabella et al. *Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: recomendações aos psicólogos para o atendimento online*. 2020. Disponível em: < *Saúde-e-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-recomendações-aos-psicólogos-para-o-atendimento-online-1.pdf* (fiocruz.br). Acesso em: 14 dez. 2021.

MICHEL, Luís Henrique Fuck; FREITAS, Joanneliese de Lucas. A clínica do luto e seus critérios diagnósticos: possíveis contribuições de Tatossian. **Psicologia USP**, v. 30, 2019.

MITFORD, J. *The american way of death*. 1963. Nova York: Vintage Books.

MIYAZAKI, Maria Cristina de Oliveira Santos; TEODORO, Maycoln. **Enfrentamento COVID-19. Tópico 6: Luto**. 2020. SBP. Disponível em: <http://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>. Acesso em: 22 set. 2021.

MOORE, Katie et al. Key Considerations: Dying, Bereavement and Mortuary and Funerary Practices in the Context of COVID-19. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS/OMS), **Proteção da Saúde Mental em Situações de Epidemias**. 2005. Disponível em: <<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-emSituaciones-de-Epidemias--Portugues.pdf>> Acesso em: 17 set 2021.

ORNELL, Felipe et al. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 42, n. 3, p. 232-235, 2020.

PARANHOS, Mariana Esteves; WERLANG, Blanca Susana Guevara. Psicologia nas emergências: uma nova prática a ser discutida. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 35, p. 557-571, 2015.

PEIXOTO, Thais Moreira; SERVO, Maria Lucia Silva; FONTOURA, Elaine Guedes; OLIVEIRA, Marluce Alves Nunes; COELHO, Maira Moreira Peixoto; ANDRADE, Juliana Nascimento. Estratégias de enfrentamento ao luto por COVID-19 para familiares que vivenciam conflitos e dilemas éticos. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 11, n. 60, p. 4610-4619, 2021.

PRADO, Roberta Teixeira; LEITE, Josete Luzia; DE CASTRO, Edna Aparecida Barbosa; DA SILVA, Laura Johanson; SILVA, Ítalo Rodolfo. Desvelando os cuidados aos pacientes em processo de morte/morrer e às suas famílias. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, 2018.

ROSENBLATT, Paul C.; WIELING, Elizabeth; SANTOS, F. S. Luto, Trauma psicológico e problemas relacionais no contexto cultural. **Tratado brasileiro sobre perdas e luto**, p. 265-274, 2014.

SANTOS, Gabriela Casellato Brown Ferreira. **Intervenção do profissional de saúde mental em situações de perda e luto no Brasil**. Revista M, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 116-137.

SCHILINDWEIN, R. Aspectos psicológicos da terminalidade do luto e do morrer. **Revista Científica em Psicologia**, v. 1, n. 1, p. 19-30, 2001.

SCHMIDT, Beatriz et al. Saúde mental e intervenções psicológicas diante da pandemia do novo coronavírus (COVID-19). **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.

SHOJAEI, Seyedeh Fahimeh; MASOUMI, Roya. The importance of mental health training for psychologists in COVID-19 outbreak. *Middle East Journal of Rehabilitation and Health Studies*, v. 7, n. 2, 2020.

SOARES, Edirrah Gorett Bucar; MAUTONI, Maria Aparecida de Assis Gaudereto. **Conversando sobre o luto**. Editora Agora, 2013.

SOARES, Karla Hellen Dias; OLIVEIRA, Luana da Silva; DA SILVA, Renata Karolaine Flor et al. . **Medidas de prevenção e controle da covid-19: revisão integrativa**. 2021.

SOUZA, Andréia Santiago Sobreira Santos; SANTOS, Franklin Santana. **Histórias de morte e luto: um estudo sócio antropológico da vivência da morte em um grupo operativo no CRAS**. 2015. Revista de Psicologia, Fortaleza, v. 6, n. 2, p. 50-58, jul. 2015.

SOUZA, Christiane Pantoja de; SOUZA, Airle Miranda de. Rituais fúnebres no processo do luto: significados e funções. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, 2019.

SOUZA, C. P. Rituais fúnebres: Suas contribuições para a compreensão do processo de luto. 2008. Universidade Federal do Pará, Faculdade de Psicologia, Belém, PA, Brasil.

SCANLON, Joseph; MCMAHON, Terry. Dealing with mass death in disasters and pandemics: Some key differences but many similarities. **Disaster Prevention and Management: An International Journal**, 2011.

VEGSUND HK, Reinfjell T., Moksnes UK, Wallin AE, Hjemdal O., Eilertsen ME **Resiliência como fator preditivo para um ajuste saudável ao luto após a perda de um filho devido ao câncer**. PLoS ONE. 2019.

WALLACE, Cara L. et al. Grief during the COVID-19 pandemic: considerations for palliative care providers. **Journal of pain and symptom management**, v. 60, n. 1, p. e70-e76, 2020.

WEAVER, Meaghann S.; WIENER, Lori. Applying palliative care principles to communicate with children about COVID-19. **Journal of pain and symptom management**, v. 60, n. 1, p. e8-e11, 2020.

WEIR, Kirsten. Grief and COVID-19: Mourning our bygone lives. American Psychological Association. 2020. Disponível em: Grief and COVID-19: Mourning our bygone lives (apa.org). Acesso em: 10 dez. 2021.

ZHAI, Yusen; DU, Xue. Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience. **Brain, behavior, and immunity**, v. 87, p. 80-81, 2020.

ZHANG, Chenxi et al. Survey of insomnia and related social psychological factors among medical staff involved in the 2019 novel coronavirus disease outbreak. **Frontiers in psychiatry**, v. 11, p. 306, 2020.

SÓ RECEBI O CAIXÃO LACRADO - VIVÊNCIA DO LUTO EM TEMPOS DE PANDEMIA

Edinalva Termiste Martins¹
Evelyn Rubia de Albuquerque Saraiva²

RESUMO

A ocorrência da pandemia disseminada pelo vírus COVID-19, trouxe a população mundial desafios contemporâneos no intuito de isolar e conter sua propagação, contudo, visto a interação entre as nações, o crescimento de casos deu-se velozmente e, infelizmente, com vítimas fatais. Entre os desafios, houve a necessidade de novas diretrizes com a preparação do corpo da pessoa falecida, entre elas o fechamento total da urna funerária (caixão) e o uso invólucro do corpo com um saco plástico. Dessa forma, o presente trabalho objetivou perceber os sentimentos gerados nos familiares que perderam entes acometidos pelo vírus COVID-19 e que não visualizaram e reconheceram o corpo, alterando a vivência dos ritos fúnebres presentes em nossa cultura. Portanto, para o entendimento sobre a temática, buscou-se as referências teóricas para elucidar o luto, suas fases e, através de entrevistas qualitativa semiestruturada, elaborou o estudo de caso proposto, realizada com 3 (três) pessoas e 4 (quatro) relatos de óbito, conseguinte registrou em planilha as interações (etapas x fases x sentimentos) observadas, analisou os sentimentos mais presentes nesse modelo proposto, os possíveis comportamentos e aspectos de desenvolvimento das capacidades emocionais sobre o luto na pandemia, por fim, concluiu-se a necessidade da visualização e do reconhecimento do corpo, para a construção e a vivência do luto, percebeu-se sentimentos de raiva e revolta presentes que corroboram com a possibilidade da vivência do luto complicado no óbito com diagnóstico positivo para COVID-19.

Palavras-chaves: COVID-19; Óbito; Reconhecimento; Despedida; Luto; Análise de conteúdo.

ABSTRACT

The occurrence of the pandemic disseminated by the COVID-19 virus brought contemporary challenges to the world population in order to isolate and contain its spread, however, given the interaction between nations, the growth of cases occurred rapidly and, unfortunately, with fatal victims. Among the challenges, there was the need for new guidelines with the preparation of the deceased person's body, including the total closure of the funeral urn (coffin) and the use of body wrapping with a plastic bag. Thus, this study aimed to understand the feelings generated in family members who lost loved ones affected by the COVID-19 virus and who did not visualize and recognize the body, also changing the experience of funeral rites present in our culture. Therefore, to understand the topic, theoretical references were sought to elucidate grief, its phases and, through semi-structured qualitative interviews, the proposed case study was developed, carried out with 3 (three) people

¹ Graduanda do Curso de Psicologia UNIESP. Email: dimartins2008@hotmail.com.

² Professora orientadora do curso de Psicologia UNIESP. Email: evelynsaraiva@hotmail.com.

and 4 (four) reports of death, therefore registered in a spreadsheet the interactions (steps x phases x feelings) observed, analyzed the feelings most present in this proposed model, possible behaviors and aspects of development of emotional capacities about grief in the pandemic, finally, the need for visualization and recognition of the body, for the construction and experience of mourning, feelings of anger and revolt were perceived, which corroborate the possibility of experiencing complicated mourning in death with a positive diagnosis for COVID-19.

Keywords: *COVID-19; death; recognition; farewell; grief; content analysis.*

INTRODUÇÃO

Segundo informações da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2020), baseada nas declarações da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, o surto da doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19), caracterizou-se pandemia mundial.

Os dados informados no dia 06 de maio de 2020 pelo site CORONAVIRUS BRASIL, eram cada vez mais alarmantes, com expressivos números confirmados no mundo de 3.588.773 casos de COVID-19 e 247.503 óbitos. No período de 35 dias corridos, o Brasil registrou em 11 de abril de 2021, os números de 13.482.023 casos confirmados, sendo 1.248.083 em estado de acompanhamento (internação) e, para óbito um número total de 353.157 casos, alcançando uma taxa de letalidade de 2,6%. Em virtude da necessidade de entender o crescimento de óbitos decorridos pelo vírus, verificou-se que em 11 de abril de 2020, foram registradas no Brasil 108 óbitos no período de 24 horas, 1 (um) ano depois, as estatísticas apontaram 1.803 óbitos no período de 24 horas, ou seja, um aumento de 1.670% (Fonte: <https://covid.saude.gov.br>).

Em razão da alta taxa de transmissibilidade e letalidade do novo coronavírus, houve uma grande mobilização mundial, provocando diferentes impactos sociais além de emergências sanitárias decorrentes da pandemia. A partir dessa situação de calamidade houve a necessidade de medidas administrativa excepcionais para todo processo, desde o diagnóstico, isolamento, internação e tratamento. Consequente, ocorreu também a necessidade de adequação ou interrupção de rituais fúnebres.

O Ministério da Saúde recomendou que os velórios e funerais de vítimas diagnosticados com a COVID-19, não deveriam ser realizados durante os períodos

de isolamento social e quarentena. Todavia, coube aos municípios a decisão de autorização da realização do rito fúnebre, contudo, verificou-se que os cidades que aplicaram essa liberalidade, tomaram como premissa, a participação máxima de dez pessoas, privilegiando os parentes próximos, entretanto, recomendou-se manutenção da urna funerária lacrada durante todo o rito, evitando qualquer tipo de contato com o corpo da pessoa falecida, recomendou-se ainda disponibilização de itens para higienização das mãos durante todo o velório e, orientou a proibição de presença de pessoas que pertençam a um grupo de risco, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactantes, portadores de doenças crônicas e imunodeprimidos (BRASIL, 2020).

Portanto, considerando as diretrizes observadas e aplicadas aos municípios, surge o questionamento sobre a não-vivência da despedida: quais sentimentos são mais presentes no indivíduo enlutado, após o sepultamento sem a visualização do corpo? A problemática baseou-se no fato do indivíduo não poder visualizar (reconhecer) o corpo devido a necessidade imperativa de manter a urna lacrada durante o período de velório.

A realização do estudo objetivou apreender os efeitos do luto não-vivenciado nas pessoas enlutadas pelo COVID-19 e comparar os danos que essa ausência, causam na saúde mental dos sujeitos. Por conseguinte, descrever as percepções, emoções, cognições e comportamentos revelados pelo indivíduo que experienciou o luto não-vivenciado. Para tanto, pesquisou-se referências bibliográfica que auxiliaram na compreensão do trabalho do psicólogo junto às pessoas enlutadas e analisou os efeitos que a não vivência dos ritos causam na saúde mental do sujeito enlutado.

Para o alcance dos objetivos foi realizado uma pesquisa de campo junto a participantes que vivenciaram de luto COVID-19. Definiu-se como metodologia estudo de caso, e realizando entrevista estruturada, a partir da iniciação de um contato com os entrevistados demonstrando os limites e objetivos do trabalho, além disso foram transcritos os sentimentos identificados nas entrevistas, sendo tais dados utilizados para a fundamentação da conclusão do estudo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

LUTO

A palavra luto nos remete imediatamente à memória e a relação com a morte de uma pessoa e conseguinte, as emoções vividas após tal episódio, contudo, o tema nos fornece uma abrangência maior, visto que ao interromper um vínculo afetivo, seja, material ou estimação, pode-se perceber que surgem sentimentos após o acontecimento. Percebe-se que o desenvolvimento do luto está presente no desempenho entre duas extremidades da existência humana, a vida e a morte. Culturalmente os povos de diferentes nações, religiões e etnias, celebram o momento do luto à sua maneira, não havendo um padrão a ser seguido, mas a ser compreendido.

Segundo Freud (1915), o luto não é determinado apenas pela finitude do indivíduo, mas também pelo confronto de constantes perdas reais ou simbólicas, que são vivenciados ao longo da vida. Logo estas perdas podem estar relacionadas aos aspectos expressivos, questões pessoais, profissionais, sociais e familiares de cada pessoa.

O simples ato de crescer, como no caso de uma criança que se torna adolescente, vem com uma dolorosa abdicação do corpo infantil e suas significações, igualmente, o declínio das funções orgânicas advindo com o envelhecimento (FREUD, 1915, citado por CAVALCANTE; SAMCZUK; BONFIM, 2013, pág., 88).

Na obra *Luto e Melancolia*, Freud (1915) compreende como uma negação à perda, não absolutamente de um ente querido, contudo, algo que considere com as mesmas dimensões, assim sendo, um evento mental natural e constante durante o desenvolvimento humano. Para Freud, o luto, nada existe de inconsciente a obediência da perda, ou seja, o enlutado sabe justamente o que perdeu. Ademais, o processo do luto é natural e instalado para a concepção da perda, podendo ser superado após um determinado período, que varia entre indivíduos. Todavia, mesmo que apresente características patológicas, não é considerada doença, mas as interferências podem ser prejudiciais ao indivíduo.

O processo de luto é lento e angustiante, pode ser caracterizado principalmente, por frustrações e outros sentimentos, levando o indivíduo a possibilidade de afastar-se das suas atividades rotineiras, trazendo ainda, pensamentos que o distanciem do objeto perdido. Portanto, a perda do interesse no mundo externo afilia-se à incapacidade de transferência pela aceitação de um novo objeto de amor.

[...] o luto constitui-se de algo superior a perda do objeto querido e inclui as dificuldades do ser humano de enfrentamento desse momento de angústia, o Luto qual o impulsiona a lidar com a sua própria finitude, levando-o a vivenciar não somente o luto do objeto, mas o próprio luto. (FREUD, 1996).

Conforme Boelen *et al.*, (2008), citado por Rocha (2012) embora o óbito de seu ente querido possa ser considerado um dos acontecimentos de vida mais estressante que um indivíduo possa experimentar, muitos conseguem se recuperar sem a ajuda de um profissional.

Bowlby (1990), contextualiza um sentido amplo, vislumbrando o luto como uma gama de processos psicológicos, conscientes e inconscientes, estimulados pela perda de uma pessoa querida podendo seguir um curso normal ou ter resultados patológicos.

Compreender os sentimentos vividos pelas pessoas em suas diversas situações de exposição, continua sendo um seleiro de oportunidades de estudo, situações de estresse por determinada exposição a um acontecimento são de importante fonte de pesquisa para fundamentar essa compreensão e corroborar com o desenvolvimento dos profissionais na área de saúde e psíquica. Segundo Lindemann (1944), em seu artigo, a respeito da intervenção em crise moderna, através da investigação realizada, obteve-se o conhecimento da intervenção psicológica pós-desastre e baseou-se o estudo, no suporte aos sobreviventes e aos familiares das vítimas, daquela ocorrência em um incêndio no clube *Coconut Grove* em Boston (EUA).

Lindemann (1944), utilizou o termo luto antecipatório para referenciar ao ocorrido na Segunda Guerra Mundial, especialmente referente aos comportamentos das esposas de soldados convocados para à participação na guerra. Observou-se naquele período, em decorrência da separação física, o início o processo de luto, uma vez que existia a real possibilidade do não retorno.

[...] constatou, inicialmente, um estado de luto devido à separação física de seus maridos; logo a seguir, a insegurança gerada pela possibilidade de morte a qual seus cônjuges estavam expostos durante as batalhas[...] (LINDEMANN, 1944).

Para Slaikeu (1996), descrever os sinais psicológicos apresentados por estas pessoas, foi fundamental para o desenvolvimento de subsídios a respeito do processo de luto e suas etapas até a elaboração da perda. Caplan (1964), considerando os dados obtidos, fundamentou a teoria da crise³ e a importância da dissolução positiva ou negativa desta como premissa para uma psicopatologia ou não.

AS FASES DO LUTO

Segundo Crubézy e Telmon (2020), o luto traz três fases, onde a primeira é apropriado aos familiares a exposição do corpo, no qual a pessoa, além de buscar indícios do seu ente, pode dar o último adeus a pessoa que coexistiu. A segunda fase ocorre a cerimônia coletivas para apoiar aqueles os abrangidos afetivamente por vínculos e, finalmente, a terceira fase é a aceitação da morte da pessoa. As cerimônias fúnebres, sejam elas religiosas ou não, são rituais espirituais de despedida que confortam os familiares.

Para Parkes (1998), considerando o luto como processo normal, o temos como resposta a fatores estressantes, a partir da morte de uma pessoa, sendo, portanto, uma resposta salutar, provocando a capacidade de externar os sentimentos de dor, através do reconhecimento, às adequações cotidianas e emprego em novas conexões. Contudo, na ausência do reconhecimento, a pessoa enlutada pode transitar para o processo doloroso. O luto complicado pode manifestar sintomas físicos e mentais que intensamente prospera a negação e o comedimento da dor pela perda. Sentem-se incapazes, submetidos pela sociedade a ter controle, a não expressar suas tristezas, e, por fim, se sentem solitários, frágeis e depressivos.

3 Teoria da crise: pode ser definida como um período de desorganização de um sistema aberto. A crise é precipitada por uma ou mais circunstâncias que, às vezes, ultrapassam a capacidade do indivíduo ou do sistema de manter a sua homeostase (CAPLAN, 1980)

Parkes (1998), observa em seus estudos as pessoas que perderam um ente querido drasticamente, elas lamentam-se mais, apresentam-se entorpecidas e apresentavam mais saudades que as demais pessoas. Ressalta um exemplo em seus estudos, observando a perda repentina de um filho, envolvido em acidente de trânsito, promoveu nos pais sentimento de indignação, depressão, culpa e conseqüente, complicações de saúde, por fim considera que as lembranças são mais dolorosas, comparando com uma morte já esperada de um filho que se encontrava enfermo por uma comorbidade e que os pais estavam conscientes da possibilidade. Contudo, é compreensível que morte, súbita e precoce seja marcada como uma complicadora para preparação e elaboração do luto normal; sendo capaz de contribuir para transtornos psicológicos, entre eles a depressão e ansiedade (PARKES, 1998).

Neste conceito, é importante enaltecer que todas as perdas, a partir do vínculo formado e, sendo ela pela morte de alguém ou a perda de um objeto, afetam as pessoas e dificilmente saem integras desse pesar. Portanto, leva-se em consideração que a afinidade, a maneira como ocorreu a morte, os vínculos existentes e os recursos disponíveis, podem contribuir para a composição de um luto normal ou complicado.

Segundo Parkes (1998), o luto normal é uma resposta salutar a um fator tenso que é a perda relevante de uma pessoa querida. Referindo-se a uma resposta saudável, provoca na capacidade de externar a dor. Através do reconhecendo, reajustando e avançando em novos vínculos.

Dessa forma, muitas pessoas em luto não reconhecem a perda. Pois, não recebem apoio suficiente, que seja capaz de aliviar este sofrimento, ou não estão motivadas a buscar auxílio (LISBÔA e CREPALDI, 2003).

LUTO NA PANDEMIA

Segundo Barbosa e Ferreira (2020), diante do risco de colapso dos sistemas de saúde, tem sido a primordial a preocupação dos gestores públicos no contingenciamento da pandemia. Diante da apuração de pessoas vitimadas pelo coronavírus, foram adotadas restrições sanitárias que abalam pessoas no leito de morte e suas famílias. Em países como a China foi adotado regras rigorosas pelo

governo onde todo indivíduo infectado pelo coronavírus, deveria seguir os protocolos divulgado pelo governo, onde era definido a cremação em funerária próxima ao local onde o corpo se encontra, vedado o transporte e proteção dos corpos por sepultamento. Na Itália pessoas internadas em quadro terminal não podem se despedir de seus parentes, em razão do isolamento, os corpos são conduzidos pelo Exército, evitando assim a superlotação de cemitérios em alguns locais do país.

Portanto, as medidas sanitárias adotadas no Brasil, seguem os protocolos observados em outros países, conforme orientação da OMS e, embora legítimas, é importante reconhecer que tais medidas colocam o direito a saúde em choque com o direito ao luto, e a dignidade humana. ambos de elevada estatura, ligados aos direitos da personalidade, e, portanto, à própria dignidade da pessoa humana. Por óbvio, prepondera no cenário, o direito coletivo à saúde, em detrimento do direito ao luto dos indivíduos. Porém, nem por isso deve-se ignorar esse direito, que merece ser preservado sempre que possível (BARBOSA; FERREIRA, 2020).

As medidas sanitárias adotadas pelos governos, no âmbito da gestão dos mortos, impactam de forma significativa o direito ao luto das famílias, na medida em que as impede de realizar sua última despedida e o sepultamento de seus entes de acordo com suas crenças e culturas. Por isso, relevante a construção de critérios de legitimidade para as medidas sanitárias e a análise do resultado da colisão entre o direito à saúde, materializado nas medidas sanitárias, e o direito ao luto e seus desdobramentos (BARBOSA; FERREIRA, 2020).

Quando deparamos com a ocorrência da morte de uma pessoa conhecida, no qual tem vínculos afetivos e conseguinte, com o luto resultante, considerando ainda, o direito cerceado do ritual fúnebre, surgem algumas inquietações. Como o psicólogo, pode contribuir neste processo de interrupção; como laborar com a dor; como superar a raiva; qual seria o manejo certo para essas situações?

[...] A morte por algum tempo, foi considerada como natural ao ser humano, tranquila e resignada. A vivência da morte ocorria no âmbito familiar, os rituais se davam numa cerimônia pública, de que todos participavam e eram autorizados a expressar os sentimentos pela perda. (ARIËS 1990 citado por BASSO; WAINER, 2011, pág. 36).

O contexto atual com a Crise pandêmica COVID-19. Verificou-se a existências de muitas famílias acometidas pela perda repentina ou pré-anunciada sendo está caracterizada pela internação sem a certeza da eficácia no tratamento para os casos

críticos. Em decorrência da necessidade de uma nova modalidade de velório e a ausência dos ritos de despedida, surgiu a necessidade de aprofundamento dos estudos a respeito da não-vivência deste momento processo importante para o fechamento do ciclo do indivíduo enlutado. Neste sentido, Shimane (2018) pontua que nós seres humanos, somos a única espécie a praticar cerimônias fúnebres presencialmente.

O funeral é uma parte importante do comportamento social e propicia a demonstração e o compartilhamento do sofrimento (SHIMANE, 2018; WALTER; BAILEY, 2020).

Para Souza e Souza, (2019), o ritual fúnebre revela o desempenho de uma sociedade e como ela lida com a ideia do falecer. O cuidado com o corpo do falecido traz dentro de si a uma reflexão com a finitude, com o luto e a separação (FUSTINONI; CANIATO, 2019). Portanto, os rituais fúnebres são de extrema importância para esta elaboração da perda, e assimilação do momento de passagem do ente querido. Citado por Dantas *et al.* (2020), os rituais vêm acompanhados de um simbolismo, onde o corpo passa por processo de ser tocado, lavado e vestido e apreciando uma última vez. Visualizar o corpo traz a certeza da morte a prova de que é a pessoa certa. O processo da perda do ente para a COVID-19, traz determinações rigorosas aos rituais de despedidas, a obrigatoriedade de manter as urnas lacradas. Os familiares acometidos pelo coronavírus passam por um ritual incompleto e a certeza de nunca mais ver o corpo que conheceram é amaram.

Dentro do contexto de direito ao luto dos indivíduos, Barbosa e Ferreira (2020) chamam a atenção para as orientações da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), na nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020, atualizada em 31 de março de 2020, pondera o direito ao sepultamento digno e, estabelece critérios a atenção a emergência em saúde pública em razão da pandemia. No anexo V da nota, os cuidados com o corpo após a morte e observa a dignidade dos mortos, sua cultura, religião, tradições e suas famílias devem ser respeitadas. A nota avança ainda mais e, obriga que caso a caso sejam ponderados “os direitos da família, a necessidade de investigar a causa da morte e os riscos de exposição à infecção”.

Comunicar o falecimento aos familiares sempre foi um desafio para as equipes médicas, pelo fato de as pessoas à sua subjetividade interpretar e reagir de maneiras diferentes, para Bowlby (1990), quando as pessoas são comunicadas

sobre a morte de alguém, inicia-se as fases necessárias para a vivência do luto, a primeira fase surge com a informação, levando a pessoa a um estado de choque e negação do fato, a aflição e o entorpecimento são características principais da primeira fase, pode durar apenas algumas horas, mas pode variar em até uma semana. A segunda fase é o anseio, que é marcada pelo desejo de resgatar a pessoa, frequentes buscas, esperança de reaparição do morto, sonhos corriqueiros com a pessoa falecida e muita inquietação são percepções vivenciadas na segunda fase, a duração depende de indivíduo para indivíduo e da circunstância a respeito da morte. Com naturalidade o indivíduo migra entre a segunda fase e a terceira, caracterizando momentos racionais em relação a perda com o reconhecimento dela, expressando culpa e ansiedade com a compreensão a morte, portanto, a terceira fase caracteriza-se pelo desespero e desorganização, momentos de raiva e tristeza também são frequentemente encontrados, a pessoa se sente desamparada pela pessoa que partiu. Por fim, após períodos de raiva, choque, tristeza, entorpecimento, inicia-se sua reconstrução emocional e racional, entrando na quarta fase caracterizada pela aceitação e, embora a saudade ser presente com a adaptação às alterações causadas pela perda, ela buscará retomar suas atividades reorganizando a rotina da vida.

A informação repentina a respeito da morte de uma pessoa, pode contribuir para um estado de raiva. Segundo Kubler-Ross (1969), a raiva é o segundo estágio vivido durante o luto, nesse momento o indivíduo sai da sua introspecção intensa da negação (1ª fase) e externiza o sentimento de revolta, surgem questionamentos, busca de culpados e a possibilidade de torna-se agressiva.

De acordo com Morris (2008) citado por Miyazaki e Teodoro (ano), ressalta que as reações podem ser físicas e emocionais, conforme demonstrado no quadro 1 e, baseado nessas informações, o psicólogo municia-se de informações importantes para as intervenções propostas, levando em consideração os fatores sociais que a família está inserida.

Quadro 1 - Reações físicas e emocionais comuns vivenciadas como expressão do luto

FÍSICAS	EMOCIONAIS
<ul style="list-style-type: none">• Sensação de entorpecimento, insensibilidade• Agitação psicomotora• Dores• Pânico	<ul style="list-style-type: none">• Tristeza• Desespero• Saudades• Incredulidade

<ul style="list-style-type: none">• Dificuldade para dormir• Perda de apetite• Náusea, problemas gastrintestinais (por exemplo, diarreia)• Tensão muscular• Cefaleia	<ul style="list-style-type: none">• Choque• Raiva• Vazio• Culpa• Arrependimento• Alívio• Preocupação
--	--

Fonte: Morris, 2008; Center for Complicated Grief, 2020

Pesquisas apontam que uma taxa de 80% a 90% dos familiares em luto, terão um resgate da normalidade, promovendo assim uma rotina e dando significado ao sentido da vida. Para Iglewicz *et al.*, (2019), com o transcorrer do tempo, a maioria consegue adaptar-se a um mundo em que já não conta com a presença da pessoa que morreu e observar um futuro com a possibilidade de felicidade e significado. Este processo descrito e se resulta ao luto integrado.

Entretanto, o enlutado menos resiliente, é com pouco assistência no meio social, afetivo e financeiro e habilidades deficitárias de enfrentamento, abuso de substâncias, morte de criança, entre outros estressores de vida pode manifestar dificuldades na aceitação e superação do luto, caracterizando o conhecido luto complicado Waller *et al.*, (2016). Contudo o luto complicado, afeta entre 10% e 15% das pessoas enlutados, o sofrimento pode permanecer por mais de um ano e é persistente, com sentimento de vazio, saudades e se esquiva de situações que recordam a pessoa falecida (MANCINI; SINAN; BONANNO, 2015).

METODOLOGIA

TIPO DE PESQUISA

O presente trabalho desenvolveu-se a partir dos estudos de casos, tratando-os de maneira empírica, no qual às observações fundamentaram-se nas experiências vivenciadas de diferentes fontes de informações, para descrever de forma qualitativa os casos individuais. Portanto, considerando o enunciado, foram realizadas com 03 (três) entrevistas com quatro relatos de casos de óbitos, utilizando pesquisa exploratória e qualitativa, visando coletar informações detalhadas dos indivíduos afetados pela perda de familiares vitimados a morte pelo vírus COVID-19, no município de João Pessoa PB.

A etapa inicial do estudo ocorreu simultaneamente à coleta e análise dos dados, no qual realizou-se revisão literária, buscou-se o método descritivo-discursivo para levantamento das evidências científicas disponíveis sobre o tema.

Buscou-se de forma aleatória, o(s) sujeito(s) enlutado(s) por meio de convite encaminhado através de divulgação em grupos de *WhatsApp*, que residem no município de João Pessoa PB, respeitou-se a idade mínima de 18 anos.

A coleta de dados, foi realizada utilizando formulário sociodemográfico com questões abertas, através de entrevista, por meio de recursos/plataforma online, devido a necessidade de manutenção do distanciamento.

O estudo foi dividido em duas etapas: Na 1ª etapa o participante foi orientado sobre as premissas do estudo e após o aceite do convite, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A 2ª etapa consistiu na realização da entrevista semiestruturada, utilizou-se plataforma online e o uso de questões relacionadas a não vivência de ritos fúnebres, a não despedidas de seus entes, portanto, norteando o entrevistado a relatar seus sentimentos.

Respeitou-se o cronograma previsto e manteve-se o zelo e a assertividade para a preservação do estudo e a aplicação do questionário, para coleta de respostas qualitativas, seguindo sistemática flexível em relação ao participante. Após a escolha do interlocutor (entrevistado), seguiu com a identificação preliminar, respeitando os critérios determinados para a inclusão do entrevistado, a divulgação dos objetivos da pesquisa e demais informações contidas no TCLE, constante dos anexos deste estudo de caso. A partir do consentimento livre e esclarecido do participante, a entrevista teve duração de 01 hora e 30 horas, buscou responder as questões semiestruturadas, relacionadas ao tema proposto (A não vivência do luto e o ritual de despedida do ente), a entrevista foi gravada com consentimento do participante, no qual, os dados foram transcritos preservando a identidade do interlocutor, descartou-se a necessidade de utilizar análises estatísticas, deste modo, através da transcrição, pode-se descrever, responder e concluir os objetivos geral e específicos do trabalho.

ASPECTOS ÉTICO

O desenvolvimento da pesquisa seguiu a orientação de acordo com a Resolução nº 466 de 2012 e Resolução nº 510 de 2016 do Conselho Nacional de

Saúde/MS, não apresentando inadequações ou pendências. Para tanto, obteve-se a aprovação do comitê de Ética do CCS/UNIESP, sob o protocolo nº 466 em 26/06/2021, parecer: 4.837.464, e o cadastro no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisas envolvendo Seres Humanos, do Ministério da Saúde, conforme a Norma Operacional CNS nº001/13, item XI.2.d.

ANÁLISE E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos estão apresentados a seguir, separados em duas etapas: a análise de conteúdo temática e os sentimentos que foram evidenciados.

ANÁLISE DE CONTEÚDO TEMÁTICA

Foi realizada uma análise de conteúdo temática a partir da transcrição da entrevista com o participante, seguindo o modelo de Coutinho (2011), desde o início, a análise de dados foi aplicada como processo sistemático das indagações assumindo diferentes entendimentos de acordo com os teóricos, escolas e normas utilizadas. A análise de dados ao decorrer desse desenvolvimento histórico pode-se investigar que a relevância da análise de conteúdo, faz dela um instrumento metodológico, como técnica ou até mesmo, como várias técnicas, para o estudo dos mais diversos campos da ciência social. Deste modo, pode ser feito no exame de documentos escritos ou discursivos (espontâneos), que vão desde obras literárias até os conteúdos que emergem de instrumentos como entrevistas individuais e grupais, questionários, periódicos e propagandas entre outros.

De acordo, com Coutinho (2011) estas são as etapas operacionais de análise de conteúdo. Constituição do Corpus: e produzido por todo material que será utilizado no desenvolvimento da análise e poderá advir de várias fontes; Leitura Flutuante: e uma leitura superficial que o pesquisador executa a fim de conectar com o material apreendido; Codificação/decomposição: é a execução de partição e agrupamento de corpus em unidades temáticas por meio da conformidade dos temas e averbação escolhida; Composição das Subcategorias: são inferidas a partir do conjunto das unidades temáticas (depois de codificadas e validadas), proveniente do texto (corpus) sendo assim descrito por similitudes semânticas; Inferências das

Categorias: feitas a partir da organização das subcategorias, já codificadas e validadas por dois juízes. Após a identificação das classes e subclasses, do que foi apreendido no material coletado, foram analisados os conteúdos, a luz da literatura do luto sem despedida, contemplando os objetivos geral e específicos do presente trabalho.

Classes e subclasses temáticas

A partir dos 4 relatos foram cumpridas todas as etapas da análise de conteúdo seguindo Coutinho, resultando nas informações constantes do Quadro 1, uma síntese da análise de conteúdo temática.

Quadro 1 – Contendo a Síntese da Análise

CLASSES	SUBCLASSES		
CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES	Participante 3 entrevista e 4 casos	Mãe 81 anos e Irmã com 54 anos	Tio 79 anos Pai 99 anos
DO DIAGNOSTICO AO ÓBITO	Comunicação do hospital com família	Gravidade do quadro de saúde	Internação hospitalar e óbito
RECONHECIMENTO DO CORPO	Ausência do reconhecimento do corpo	A notícia foi recebida com e sem acolhimento, de acordo com o local que o indivíduo se encontrava	Acolhimento
VELÓRIO E SEPULTAMENTO	Sem identificação do corpo	Caixão lacrado, desespero, dúvida se era o ente, tristeza, vazio	Despedida 15 minutos, religiosidade, oração rápida. Parentes próximos presentes
LUTO APÓS A DESPEDIDA	Sentimento e afetos. Tristeza um vazio como se estivesse viajando.	Somente quem passa que sabe como é, difícil de explicar	

Fonte: Dados da Pesquisa.

Dos resultados, emergiram cinco classes temáticas: com a determinação do perfil dos participantes, a partir das suas vivências pessoais, durante a evolução do diagnóstico até o sepultamento, buscou caracterizar as categorias identificadas nas discussões, a luz de responder os objetivos propostos no trabalho.

Caracterização das participantes/entes falecidos

Nesta seção, foram analisadas as respostas aos itens do Questionário Sociodemográfico, considerando as 03 participantes entrevistadas com 04 relatos de óbito, buscou o desenvolvimento da presença das fases do luto a partir da confirmação do óbito. Após a entrevista, observaram-se reações diferentes de cada indivíduo, durante a fase de desenvolvimento da doença. Observou-se ainda que ao ter o diagnóstico, surge o entorpecimento com a notícia, as expectativas relacionadas a evolução positiva para a cura e alta, entre outros sentimentos observados, contudo, deu-se maior ênfase nas fases após o falecimento e os atos subsequentes a notícia. Para tanto, buscou a partir dos relatos observados abaixo, perceber os sentimentos e organizar as fases vividas. Os entes familiares falecidos foram os seguintes (parentescos/ idade): mãe/81 irmã/54; tio/79; e pai/99.

Do diagnóstico ao óbito

S.P., é uma mulher na faixa etária entre 35 a 40 anos, relata dois casos de perda na família, nos quais apresenta a irmã J.P. a de 54 anos e a Mãe A.P. de 81 anos. J.P. apresentava comorbidades (obesidade, sinusite, pressão alta), relata ainda que havia tomado a 1ª dose da vacina recentemente aos fatos ocorridos. A.P. apresentava comorbidades (pressão alta, diabetes) e, que havia recebido a primeira dose da vacina recentemente aos fatos relatados. Segundo os relatos, a irmã apresentou sintomas, repetindo os testes por 3 (três) vezes com falso negativo e com diagnósticos de sinusite, após evolução do quadro para agravamento dos sintomas com falta de ar e dores no corpo, repetiu o teste, confirmando a diagnóstico positivo para COVID-19, ocorreu a necessidade de internação imediata. Devido sintomas (febre, diarreia, tosse) observados na mãe, moradora na mesma residência da irmã, houve a necessidade de realização do teste, sendo diagnóstica com a COVID-19. Seguindo o relato, após evolução do quadro da irmã para a necessidade de intubação e, com a proibição de acompanhamento, sua mãe A.P. sofreu infarto na UPA (Unidade de Pronto Atendimento) do bairro. Sua irmã foi a óbito 4 dias após o falecimento da mãe.

[...] minha mãe nunca ficou sozinha depois do falecimento do meu pai, acho que isso deixou ela nervosa. Minha mãe não sabia que minha irmã estava entubada [...]. Minha mãe faleceu primeiro, de segunda para terça-feira e só fomos avisados na terça-feira as sete da manhã. [...] o médico falou sem

preparação nenhuma [...], e disse que ela tinha falecido de madrugada com uma parada cardiorrespiratória. Foi horrível porque ela parecia estar bem, estava reagindo a medicação. Diferente da minha irmã, quando o médico do hospital foi dar a notícia, seguiu com todas as explicações, foi mais humano com gente. Minha mãe faleceu primeiro, quatro dias depois da minha irmã, pensa como foi difícil, não tinha nem recuperado da perda de minha mãe.

M.F., é uma mulher na faixa etária entre 55 a 60 anos, relata um caso de perda na família, apresentou o pai A.F. de 99 anos. Em decorrência da idade avançada, havia dificuldades para necessidades básicas, quadro de intestino preso e infecção urinária, portanto, carente de cuidados. Segundo os relatos e M.F. o pai após alguns dias de dificuldade para defecar e com quadro febril, foi levado ao pronto atendimento, ficando em observação e posterior internação, M.F. relatou que membros da família haviam contraído a COVID-19 em períodos anteriores ao relato e ficaram em isolamento. A.F. deu entrada sem sintomas de COVID-19, contudo, após a internação, houve evolução para o óbito e laudo atestado COVID-19.

Quando meu pai faleceu, me chamaram para ir ao hospital, quando cheguei pedi para vê-lo, falaram que não podia. Primeira coisa já é triste perder e o mais triste ainda, é a falta de respeito com os familiares e com a pessoa querida.

K.B., é uma mulher na faixa etária de 40 anos, relata um caso de perda na família, apresentou o tio F.P.L. de 79 anos. Segundo relatos da sobrinha K.B., F.P.L. era forte sem nenhuma comorbidade e, logo após tomar a vacina, surgiram sintomas relacionados a reação da vacina, foi medicado e após quatro dias houve evolução para o comprometimento pulmonar, realizou-se o teste e comprovado positivo para COVID-19, após breve período de observação na UPA do bairro, houve a necessidade de internação e intubação, foi a óbito após 3 dias.

Meu tio, homem forte, saudável, ativo, alegre, eu não consigo acreditar que ele se foi, nunca imaginei que ele não ia dar conta, mas ele não conseguiu, resistir lutou durante uma semana... (choro) é como se estivesse uma porta entre aberta que a qualquer momento ele vai entrar.

Observou-se durante as entrevistas, na fala dos participantes, que a equipe médica em sua maioria não está preparada para noticiar o óbito a família, não sendo este o foco do estudo, porém, contribuinte para as reações e sentimentos observados. Para Pitta (2016), há uma profissionalização da morte e está

institucionalizada nos hospitais, mensurada por aparelhos, reduzindo a uma notícia banal. Observou durante o período de maior crise pandêmica, um crescente número estatístico de mortes, tornando-se rotineiro para as equipes médicas a necessidade de comunicar e retornar para o cenário presente de diagnóstico, evolução e falecimento.

Reconhecimento e preparação do corpo

As entrevistas apresentam similaridade quanto ao processo de reconhecimento e preparação do corpo, percebeu que em decorrência do risco de contaminação pelo vírus COVID-19, há protocolos a serem cumpridos, nas unidades de atendimento aos pacientes acometidos, conforme orientações do documento da ANVISA, na Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020 – anexo 5 e, o manual para o Manejo de Corpos no Contexto da Doença Causada pelo Coronavírus SAR-COV-2 – COVID-19.

Não teve o reconhecimento do corpo os pertences foram todos descartados, muito triste, quando ela chegou foi no caixão lacrado, [...] no dia do falecimento não fomos reconhecer o corpo, os pertences foram descartados, só chegou o caixão lacrado. Não vimos nada, nem da minha irmã nem a da minha mãe. S.P.

[...] eles não deixaram nem mesmo reconhecer o corpo e até mesmo colocar a roupa. Então é uma dúvida, será que é a pessoa que está lá? Já ouvimos muitos casos de familiares ao abrir o caixão e na verdade não era o parente da pessoa, então eu acho um absurdo, pelo menos um ser da família tinha que ter o direito de reconhecer a pessoa. Eu achei um absurdo o cúmulo dos absurdos. Entendeu, então e assim, não pode, não pode, o povo seres humanos eles não brigam, eles aceitam o que qualquer um colocar, é uma lei lá e pronto. Se o primeiro aceita o restante tem que aceitar, se desde o primeiro brigassem pelo menos, para liberar somente um parente, só um bastava, um da família. M.F.

K.B, não relatou o momento do reconhecimento e preparação, segundo relato a notícia foi comunicada pelo primo, filho de F.P.L.

[..] quem me ligou foi um primo que não conseguia me dizer nada só chorava, logo pensei é meu tio. E fiquei preocupada em contar para meu pai que estava sozinho. Mas nem deu tempo, alguém ligou antes que eu pensasse, ele chorou muito, ficou muito triste, desenvolveu uma irritabilidade, com todos de casa até com os netos

Reconhecer o corpo, traz a certeza e a concretude da morte, provando que para o processo de sepultamento, estamos enterrando a pessoa certa, contudo, durante o período pandêmico, muitas limitações advindas das incertezas e receios de uma contaminação, reforçadas pela necessidade hiperativa de isolamento da pessoa contaminada e, seguindo as orientações da OMS e ANVISA, trouxeram, conforme citado por Dantas *et. al* (2020), a obrigatoriedade de cuidados com o corpo da pessoa falecida, portanto, emergiu a necessidade de uma reflexão relacionada a morte, ao processo de luto e à separação do ente. O processo do luto nesse período, demarca uma característica principal para as pessoas que perderam uma pessoa do seu convívio familiar para a COVID-19, a imposição de diretrizes drásticas a todo processo, culminando na obrigatoriedade de uso de saco pretos e urnas lacradas.

[...] não estão tendo nenhum sentimento, é como se a pessoa fosse um objeto, não presta mais, joga fora, e ainda num saco preto e como se fosse um lixo. M.F.

Velório e sepultamento

Durante as entrevistas, cada indivíduo demonstrou um comportamento perante a não vivência do rito, a não despedida, o tempo determinado pela OMS, a insatisfação de cada indivíduo, a urna lacrada, o distanciamento social, a sensação de não ser seu familiar dentro da urna, a de não ter o direito de reconhecimento do corpo, o limite de tempo determinado para a despedida, a angústia e o sofrimento por não vivenciar os ritos fúnebres, a escolha de membros para o funeral e não realizar a sua religiosidade devido o tempo.

[...] chegou no cemitério já enterrou, não teve velório, o coveiro pega o caixão e leva. Quem foi, minha tia os filhos, os genros e netos. Não podia nem acompanhar de carro o cemitério estava fechado sem carreta. Você só sabia que estava sendo enterrado por conta da hora que foi marcado as 16:00 horas, está casa não me cabia, uma vontade de ir para o velório, estar lá, ver ele, não teve nada muito estranho[...]. K.B.

[...] no velório da minha irmã o pastor e duas irmãs da igreja, foi com a gente orou cantou, foi mais acolhedor saí mais confortada o pastor falou a palavra, me deu mais calma no coração, é muito estranho só a gente que passa é que sabe o que é muito difícil até de explicar, não tem explicação. Suspiros...[...].S.P.

Percebeu-se que o momento de despedida para as pessoas, é um passo importante para a construção do luto, mesmo considerando a possibilidade de luto

complicado, conforme argumentado por Parkes (1998), dado as circunstâncias relacionadas a velocidade entre diagnóstico, evolução e óbito, impossibilitar e limitar a família tornou-se um desafio, nossa sociedade está aculturada em amparar a família através dos ritos fúnebres. Os rituais funerários revelam o modo de funcionamento de uma sociedade e como ela lida com a ideia do morrer (SOUZA; SOUZA, 2019) citado por Dantas *et. al* (2020).

[...]quando deu o tempo dos quinze minutos, o pessoal do cemitério pega o caixão e vão embora para sepultar. O que foi muito triste, no dia do sepultamento da minha irmã não tinha horário e nem lugar, foi bem no final da tarde, tinha era fila... choro... (pedido de desculpa) só Deus para dar força, só ele sabe como é difícil. Na minha cabeça e como se minha mãe e irmã estivessem viajando. [...]S.P.

Luto após despedida

De acordo com os relatos das entrevistas, vivenciar este luto, sem a realização de todos os processos do velório, tem sido algo difícil de entender e aceitar, percebeu-se uma sensação de vazio, os relatos são comuns sobre o pós-sepultamento, incrédulos pela ausência do ver a pessoa falecida.

[...] como se estivesse uma porta entre aberta que a qualquer momento ele vai entrar. [...] para mim ele não morreu ele está viajando a qualquer momento ele vai aparecer no portão e entrar, tem dias que a saudade é muito grande K.B.
Tem seis meses, de muita saudade, sentimento que fiz o que eu pude fazer, só gratidão por ter vivido este tempo com ele, o homem da minha vida, meu amor. Quando quero ficar triste lembro que tenho que ser grata... (choro...) mas sou grata a Deus por ter tido esta oportunidade de ter vivido estes anos com ele, muitas saudades, todos me dizem que vai passar mais não passa [...] M.F.

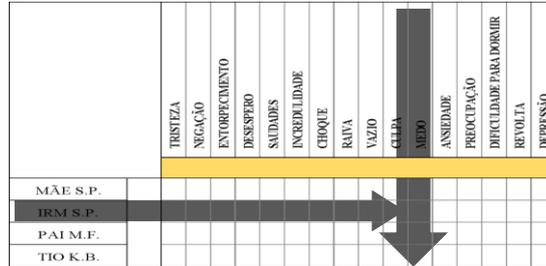
[...] me sinto como se estivesse um vazio, não sei explicar, e como se realmente elas foram viajar. [...] de vez em quando me vejo chorando, é muito triste. Penso que o último abraço que eu dei em minha mãe, foi no Natal do ano passado, a gente fez o casaco do abraço. E com toda a segurança, ela disse “nem precisa disso gente”, então abraçamos ela. S.P.

Segundo Mayland *et. al* (2020), citado por Dantas (2020), mesmo sendo precoce para medir os efeitos emocionais a médio e longo prazo, percebeu-se que as alterações de rituais de despedida durante este período pandêmico, impacta e dificulta a elaboração do luto.

Sentimentos Evidenciados

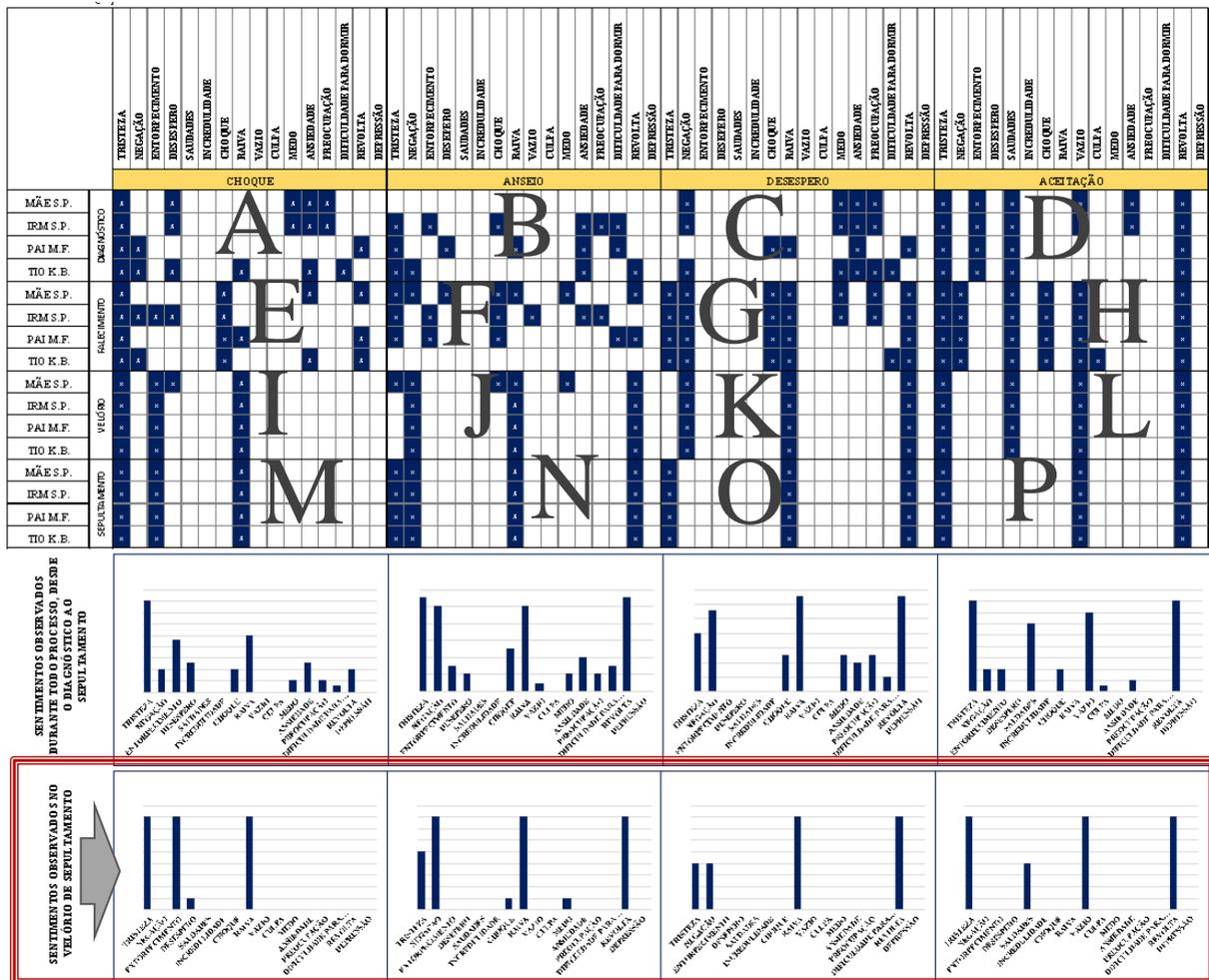
Considerando as informações obtidas durante as entrevistas e, dividindo os sentimentos anotados nas fases apresentadas por Bolwby (1990), buscou-se identificar quais estavam presentes, para tanto, agrupamos e relacionamos a cada caso estudado, conforme diagrama abaixo:

Figura 1 – Interação entre casos x sentimentos



Fonte: Dados da Pesquisa.

Tabela 1 sentimentos observados durante as fases entre diagnóstico e sepultamento de familiares vítimas da COVID-19



Fonte: Dados da pesquisa.

Após revisão dos dados coletados, pontuamos as correlações entre casos e fases, observou a necessidade de pontuar os sentimentos, desde a informação do diagnóstico positivo para o vírus COVID-19 e o processo de evolução (internação e óbito). Considerou-se importante entender os sentimentos pré-existentes à notícia do falecimento do familiar. Mesmo não sendo o objetivo do trabalho, percebeu-se a necessidade de contextualização dos fatos vividos pelos entrevistados, desde os momentos de sintomas e afirmação da contaminação com o resultado positivo.

Para uma melhor compreensão foi elaborada a tabela 1 e suas interações, dividimos as fases do luto em 4 colunas (CHOQUE, ANSEIO, DESESPERO e ACEITAÇÃO) e, os eventos (DIAGNÓSTICO, FALECIMENTO, VELÓRIO e SEPULTAMENTO) nas linhas, agrupando os 4 (quatro) casos estudados (MÃE de S.P.; IRMÃ de S.P.; PAI de M.F.; TIO de K.B).

Observou-se sentimentos, através das palavras e frases expressadas. Importante ressaltar que, pode-se observar durante o período de maior crescimento estatístico entre contaminados e óbitos registrados, uma enorme ênfase de comunicação (jornais, redes sociais etc.), corroborando para uma sensibilidade na população em geral.

O evento diagnóstico (quadrantes A, B, C, D), observou-se 71 interações de sentimentos vivenciados, CHOQUE 26,8%, ANSEIO 21,1%, DESESPERO, 23,9% e ACEITAÇÃO 28,2%, percebeu-se uma distribuição equilibrada, porém, destacou-se a aceitação, entre os sentimentos mais presentes observou-se tristeza e ansiedade.

O evento falecimento (quadrantes E, F, G, H), observou-se 86 interações de sentimentos vivenciados, CHOQUE 20,9%, ANSEIO 20,9%, DESESPERO, 29,1% e ACEITAÇÃO 29,1%, percebeu-se uma distribuição no qual destacou-se as colunas desespero e aceitação, entre os sentimentos mais presentes observou-se tristeza, negação, choque, raiva e revolta.

O evento velório (quadrantes I, J, K, L), observou-se 56 interações de sentimentos vivenciados, CHOQUE 23,2%, ANSEIO 26,8%, DESESPERO, 21,4% e ACEITAÇÃO 28,6%, percebeu-se uma distribuição que se destacou o anseio e a aceitação, entre os sentimentos mais presentes observou-se tristeza, raiva e revolta.

O evento sepultamento (quadrantes M, N, O, P), observou-se 52 interações de sentimentos vivenciados, CHOQUE 23,1%, ANSEIO 30,8%, DESESPERO, 23,1% e ACEITAÇÃO 23,1%, percebeu-se uma distribuição no qual destacou-se o

anseio, entre os sentimentos mais presentes observou-se tristeza, negação, raiva e revolta.

Portanto, pela análise qualitativa, observou-se dentre os 16 (dezesesseis) sentimentos propostos para observação, os mais presentes nos 4 (quatro) casos estudados foram: tristeza, negação, ansiedade, raiva, revolta.

Contudo, observou-se nos quadrantes de interação velório e sepultamento x fases, os sentimentos de raiva e de revolta, sendo recorrente nas entrevistas a fala a respeito da não visualização do corpo.

Kubler-Roos (1969), destaca a raiva como sentimento vivenciado pela falta de explicação e “injustiça” pelo desaparecimento do ente querido. Sendo este sentimento relacionado também a frustração e ressentimento, ligada a ocorrência do óbito do ente, com a sensação de impotência. Observou-se durante a entrevista relatos de incerteza da presença real da pessoa falecida, motivada pelo fechamento total da urna funerária e, o sentimento de incapacidade por não ter feito nada para evitar a perda.

[...] eu tenho sentimento de indignação e de impotência, porque nem tudo que queremos podemos, entendeu, não adianta brigar ou fazer escândalo igual eu fiz, para deixarem eu ir lá, porque a lei é a favor de quem não presta já digo logo assim, a lei não é favor dos seres humanos, eles tratam os seres humanos como número, sem sentimento, só é mais um. Infelizmente nos seres humanos virou número um objeto, como uma roupa velha que você não quer mais, usa e joga fora, infelizmente é isso[...] M.F.

[...] ele faleceu em abril, tem 4 meses praticamente mesmo assim ainda tem dias que a gente chora, quero abraçar meu tio, a gente não fez o que pode, não podíamos fazer nada, nada, nem ir lá dizer, olha pode contar com a gente vamos lutar juntos [...] essa sensação de não saber quem você enterrou é horrível este luto não é fácil esta doença é muito difícil muito difícil a dor do luto é muito difícil[...] K.B.

[...] a gente não escolheu a roupa, não se reuniu para fazer a última homenagem, foi tão de repente, que a família ficou sabendo e não pode vir, por que estava um caos. S.P

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho de conclusão de curso de graduação em Psicologia pretendeu apreender os danos psicológicos advindos do luto não vivenciado nas pessoas enlutadas, participantes da pesquisa, que tiveram seus entes familiares falecidos pela COVID-19.

Estudar o luto proporcionou um melhor entendimento sobre o assunto e colaborou para a percepção dos muitos sentimentos gerados, os estudos elaborados para o referencial teórico trouxe a luz do conhecimento, a necessidade de entendimento sobre o assunto, sua complexidade e o entendimento que as pessoas, mesmo dentro do mesmo núcleo familiar, podem viver as fases do luto à sua maneira, passando pelas fases do ritual, a preparação do corpo, a despedida face a face, gestos de afetos e carinho de parentes e amigos, faz com que a perda seja leve e aceitável. A morte faz parte do ciclo, entretanto, sendo *tabu*, gera medo e ansiedade para muitas pessoas.

O processo de despedida não vivenciado na pandemia COVID-19, trouxe sentimentos como: vazio, tristeza e revolta, às pessoas afetadas. Esta constatação, registra irreparáveis perdas, contudo, deve-se observar a evolução do luto nesta temática e, apesar de vasta literatura a respeito do luto, devido a contemporaneidade do modelo adotado em “massa” e, a necessidade de zelo e diretrizes quanto ao manuseio do corpo, percebe-se que há muitos questionamentos surgidos pela ausência da visualização e reconhecimento do ente falecido, com a presença de uma urna lacrada.

Percebeu-se que a limitação presencial da família e dos amigos no momento da despedida, corrobora para um processo mais lento, as pessoas necessitam de apoio, portanto, o COVID-19 causou na população, um nível de ansiedade e incertezas desgastantes, gerando medos diários, e questionamentos como: “*será que ele(a) que está dentro do caixão?*”

Pode-se evidenciar que a metodologia qualitativa escolhida para o presente estudo, notadamente, a análise de conteúdo temática, foi uma importante aliada para a constatação dos achados, principalmente na fase das inferências das categorias e das subcategorias do material coletado pelas entrevistas online.

O estudo sobre delicado tema – o luto não vivenciado, não se esgota diante da complexidade da sua análise, que está a merecer sua continuidade, por meio de abordagens multimétodos, um desafio para a ciência psicológica, propondo uma amostragem maior.

Por fim, pode-se confirmar que o ritual de despedida, favorece a elaboração da perda, quando se é negado este direito percebe-se uma revolta e indignação. Concluiu-se o rito funerário e a visualização do ente, gera a concretude necessária

para as pessoas, facilita o entendimento e o discernimento das nossas limitações em um contexto novo.

REFERÊNCIAS

- ARIÈS, P. **O Homem diante da Morte**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.
- BARBOSA, L. T. R.; FERREIRA, G. C. K. Quando o controle da pandemia interfere no direito ao luto. Justificando – mentes inquietas pensam Direito, 2020. Disponível em: <<https://www.justificando.com/2020/05/04/tensoes-do-controle-pandemico-no-direito-ao-luto/>>. Acesso em: 20 de mar. de 2021.
- BASSO, L. A.; WAINER, R. Luto e perdas repentinas: Contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**. v.7, n.1, p. 35-43, 2011.
- BOWLBY, J. **Apego e perda: a natureza do vínculo**. Tradução: Álvaro Cabral. São Paulo: Martins Fontes, 1990.
- CAPLAN, G. **Principles of Preventive Psychiatry**. New York: Basic books, 1964.
- CAVALCANTI, A. K. S.; SAMCZUK, M. L.; BONFIM, T. E. O conceito psicanalítico do luto: uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicol inf.**, v. 17, n. 17, p. 87-105, 2013.
- CORONAVÍRUS BRASIL. Painei Coronavírus. **Coronavírus Brasil**, 2020. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 06 de maio de 2020 e 12 de abr de 2021.
- COUTINHO, M. P. L. Análise de conteúdo. In: COUTINHO, M.; P.; SARAIVA, E.; A. **Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas**. João Pessoa: Editora Universitária, 2011.
- CRUBÉZY, E.; TELMON, N. Excesso relacionado à pandemia mortalidade (COVID-19), medidas de saúde pública e rituais funerários. **EClinicalMedicine**, 2020.
- DANTAS, C. R. *et al.* O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, v. 23, n. 3, p. 509-533, 2020.
- FREUD, Sigmund. Luto e Melancolia. In: _____. **A história do Movimento Psicanalítico: Artigos sobre a Metapsicologia e outros trabalhos (1914- 1916)**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Vol. XIV. Rio de Janeiro: Imago, 1996.
- FUSTINONI, C.F.; CANIATO, A. O luto dos familiares de desaparecidos na Ditadura Militar de testemunho. **Psicologia USP**, v. 30, 2019.
- IGLEWICZ, A. Shear; M. K., Reynolds III; C. F., Simon; N., Lebowitz; B., Zisook; S. Complicated grief therapy for clinicians: an evidence-based protocol for mental health practice. **Depression and Anxiety**, 2019, v. 37, p. 90-98.
- KUBLER-ROSS E. **On death and dying**. New York, NY: Macmillan Publishing, 1969.
- LINDEMANN, E. Symptomology and management of acute grief. **American Journal of Psychiatry**, v.101, 141-148, 1944.
- LISBÔA, M. L.; CREPALDI, M. A. Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. **Paideia (Ribeirão Preto)**, v.13, n. 25, p. 97-109, 2003.
- MANCINI, A. D.; SINAN, B.; BONANNO, G. A. Predictors of prolonged grief, resilience, and recovery among bereaved spouses. **Journal of Clinical Psychology**, v. 71, n. 12, p. 1245-1258, 2015.

MIYAZAKI, M. C. O. S.; TEODORO, M. Tópico 6 - Luto: São muitos os lutos na situação da Covid-19. **Sociedade Brasileira de Psicologia. SBP**, 2020. Ribeirão Preto. Disponível em <<https://www.sbponline.org.br/enfrentamento-covid19>>. Acesso em: 13 de maio de 2020.

MORRIS, S. **Overcoming grief: A self-help guide using cognitive behavioral techniques**. London: Robinson, 2008.

OPAS - **Organização Pan-Americana da Saúde**. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. OPAS, 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic>>. Acesso em: 06 de maio de 2020.

PARKES, C. M. Luto: estudos sobre a perda na vida adulta. Tradução: Maria Helena Franco Bromberg. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 7, n. 1, p. 35-43, 2011.

PITA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. 7.ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

ROCHA, J. C. **Rituais de Luto e suas Complicações**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Benguela, 2012.

SHIMANE, K. Social Bonds with the Dead: How Funerals Transformed in the Twentieth and Twenty-first Centuries. **Philosophical Transactions of the Royal Society of London**. Series B. Biological sciences, v. 373, n. 1754, 2018.

SLAIKEU, K. A. **Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación**. México: Manual Moderno, 1996.

SOUZA, C. P.; SOUZA, A. M. Rituais fúnebres no processo do luto: significados e funções. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.35, 2019.

SUNDE, R. M.; SUNDE L. M. C. Luto Familiar em Tempo de Pandemia da COVID-19: dor e sofrimento psicológico. **Revista Interfaces**, v.8, n.3, 2020.

WALLER *et al.* Assisting the bereaved: a systematic review of the evidence for grief counselling. **Palliative Medicine**, v. 30, n. 2, p. 132-178, 2016.

WALTER, T.; BAILEY, T. How Funerals Accomplish Family: Findings from a Mass-Observation Study. **Omega**, v. 82, n. 2, p. 175-195, 2020.

DEPENDÊNCIA SEXUAL E ROMÂNTICA: ANÁLISE DAS POTENCIALIDADES TERAPÊUTICAS DO PROGRAMA DE DOZE PASSOS DOS GRUPOS ANÔNIMOS

Eldemir Alencar de Oliveira¹

Olívia Dayse Leite Ferreira²

RESUMO

O grupo de Doze Passos para Dependentes de Amor e Sexo Anônimos (DASA) consiste em um programa de recuperação baseado no modelo pioneiro de Alcoólicos Anônimos. Neste sentido, o objetivo deste estudo foi analisar as potencialidades terapêuticas do programa de recuperação dos grupos anônimos no tratamento da Dependência Sexual e Romântica. Para tanto, realizou-se um estudo de caso de um membro da irmandade, que respondeu a uma entrevista semiestruturada sobre aspectos sociodemográficos, sua descoberta como dependente e a relação com os Dozes Passos do programa. Percebeu-se que o participante relatou as dificuldades em se reconhecer como dependente e que através do Programa de recuperação conseguiu desfrutar de uma nova forma de viver, não isenta de vicissitudes mas com uma nítida melhora geral na sua qualidade de vida. Portanto, o DASA é um programa que tem potencialidades terapêuticas significativas.

Palavras-chaves: Doze Passos; dependência sexual; dependência romântica; Anonimato; tratamento; recuperação.

ABSTRACT

The Twelve Steps's Group for Addicts for Love and Sex Anonymous (S.L.A.A.) is a recovery program based on the pioneering model of Alcoholics Anonymous. In this sense, the aim of this study was to analyze the therapeutic potential of the recovery program for anonymous groups in the treatment of Sexual and Romantic Dependence. Therefore, a case study of a member of the Fraternity was carried out, who responded to a semi-structured interview about sociodemographic aspects, his discovery as a dependent and the relationship with the program's Twelve Steps. It was noticed that the participant reported the difficulties in recognizing themselves as dependent and that, through the Recovery Program, they were able to enjoy a new way of living, not free from difficulties but with a clear overall improvement in their quality of life. Therefore, S.L.A.A. is a program that has significant therapeutic potential.

Keywords: Twelve Steps; sexual dependence; romantic dependence; anonymity; treatment; recovery.

INTRODUÇÃO

Romance e sexualidade culturalmente parecem ser reconhecidos como um

1 Graduando do curso de Psicologia do UNIESP. Email: eldemiralencar@gmail.com.

2 Professora Orientadora do curso de Psicologia do UNIESP. Email: olivia.ferreira@iesp.edu.br.

dos maiores prazeres da vida. Sua associação com o conceito de sucesso pode não ser acidental. Popularmente, quem não tem “alguém” para chamar de “seu” pode incitar certa desconfiança, mesmo que velada. A célebre frase retirada de uma música famosa de Tom Jobim expressa quase uma premissa universal: “[...] *fundamental é mesmo o amor, impossível ser feliz sozinho...*”. Sexualidade é um constructo biopsicossocial, desde a mais tenra infância sofremos influências de diversas formas, entre elas: família, religião, sociedade, escolas, amigos, mídias, dentre outras (DUARTE, 2010).

Como seres sensíveis à persuasão, e em especial a midiática, os canais de comunicação podem cooperar diretamente para a construção de um imaginário popular idealizado, através de filmes românticos e contos infantis, a exemplo do clássico Cinderela, transmitindo um mundo de perfeição, mas que só existe na imaginação e na fantasia.

Mais uma vez a mídia pode ter papel importante e crucial ao massificarem uma espécie de idolatria romântico-sexual, quando tentam instituir direta ou indiretamente um padrão de beleza inatingível (ou pelo menos bastante restrito), publicitando corpos esculpidos, pele de fazer inveja a qualquer bebê, cabelos de comerciais de shampoo e rostos simetricamente alinhados, muitas vezes por aplicativos digitais.

Em seu livro o psiquiatra Augusto Cury já protestava desde a capa que tem como título: “A Ditadura da Beleza” aonde o autor faz duras críticas a um padrão cultural de beleza muitas vezes irreal e frequentemente gerador de problemas emocionais, especialmente em jovens que apresentam maior vulnerabilidade psíquica (CURY, 2005).

Ainda falando sobre os meios de comunicação, tornamo-nos testemunhas das mais encantadoras “uniões” que parecem ter sido “feitas no céu”, casais que concluímos sem hesitar: “...foram feitos um para o outro”. Anônimos ou famosos, muitos não poupam investimentos financeiros para ostentar pomposas festas de matrimônio. Suas coberturas publicitárias podem reforçar a imaginação popular, ratificando a imagem coletiva da realização pessoal através do enlace matrimonial, elevando as expectativas já audaciosas às alturas quanto a escolha de um par romântico ideal e a tão sonhada e “eterna” felicidade prometida...

Outra possível motivação que pode explicar esse bombardeamento midiático

cultuador e apelador de conteúdos sexuais, são os interesses econômicos. Sexo e consumo tem uma relação muito íntima e direta. Imagens sexuais se tornaram símbolos que vendem prazer, sucesso, ostentação, entretenimento e realização, quase ninguém duvida.

Voltando ao passado, grandes mudanças ocorreram. A chamada revolução sexual impulsionada pelos eventos históricos da década de sessenta em especial pelo advento da pílula anticoncepcional emergiu-se uma mudança cultural sem precedentes na história recente: a liberação sexual feminina e a busca por múltiplos parceiros sexuais e amorosos (AZEVEDO, 2005).

Toda revolução tem efeitos colaterais, com ela observamos um aumento da incidência de transtornos sexuais, e apesar das mulheres terem tido nítida liberação, a situação parece ser especialmente aguda para homens, possivelmente explicada pelo machismo e por uma cultura paternalista, incentivadora da banalização erótica das relações como símbolo de virilidade e poder. A compulsão sexual e romântica por mais que pareça ser mais frequente em homens, não se limita somente a eles, atinge mulheres jovens, maduras e idosas e em casos mais extremos crianças e adolescentes, independente de gênero ou orientação sexual (CARNES, 1991).

Os grupos de Doze Passos, que são por tradição anônimos, tornaram-se um refúgio para pessoas que sofrem de transtornos aonde a vergonha e o medo de se procurar ajuda imperam.

Importante diferenciar grupos Operativos (Terapêuticos) de grupos de Psicoterapia, grupos operativos é são constituídos de pessoas reunidas, sem a presença de um profissional de psicologia, com um objetivo comum, chamado de "grupo centrado na tarefa que tem por finalidade aprender a pensar em termos de resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal" (BARROS 2002 Apud PICHON-RIVIÈRE, 1986), já os grupos de Psicoterapia, obrigatoriamente há a presença do Psicólogo que interage com os próprios pacientes (BEHELLI e SANTOS, 2005).

Essas irmandades, ou seja, grupos Operativos, nasceram originalmente nos Estados Unidos em 1935, o grupo pioneiro foi o Alcoólicos Anônimos (AA). Com forte estigma social a respeito do alcoolismo à época, esses grupos se tornaram uma luz no fim do túnel para Alcoólicos desenganados. Assim espalhava-se irmandades por todo os Estados Unidos e posteriormente no mundo inteiro, um

fenômeno de difusão, que perdura até os dias atuais, nas palavras do Papa João XXIII: “Alcoólicos Anônimos é o milagre do século XX” (AAONLINE, 2021). Essas irmandades hoje estão presentes em mais de 180 países (REIS, 2012).

Após alguns anos, ramificaram-se em diversas outras irmandades como Neuróticos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Dependentes de Amor e Sexo Anônimos e muitas outras, todas com um denominador comum: o programa de recuperação de Doze Passos. Os grupos anônimos tratam dos mais variados tipos de vícios, desde abuso de substâncias lícitas, ilícitas, comportamentos sexuais de risco, compulsão por comida entre outros. A partir do relato de um recuperando anônimo do grupo de Dependentes de Amor e Sexo Anônimos (DASA) analisamos cada um dos Doze Passos a fim de entendermos suas potencialidades terapêuticas.

Nas palavras da prestigiada psicóloga Ana Bock (BOCK, 2018) a ciência psicológica é feita de muitas psicologias. Não se pode deixar de investigar as estratégias terapêuticas leigas ou não, bem sucedidas, sejam elas adotadas por profissionais, instituições ou doutrinas.

Inclusão é a ordem para que se possa agregar um conhecimento superior e universal, que vise prevenção e recuperação de quem sofre psicologicamente. Como pesquisadores da ciência psicológica imergir em saberes diversos enriquece o arsenal terapêutico e prepara o profissional para atender uma diversidade maior de pacientes.

Essa área de pesquisa ainda é pouco investigada, parcialmente explicada pela discrição de seus adeptos. O objetivo geral desta pesquisa é analisar as potencialidades terapêuticas dos Doze Passos do programa de recuperação dos grupos anônimos no tratamento da Dependência Sexual e Romântica através de um estudo de caso, tendo como objetivos específicos observar a relação do participante entrevistado com os Doze Passos e por último a relação do programa de recuperação com a Psicologia.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019) em seu manual de Classificação Internacional de Doenças na décima primeira edição (CID-11), prevê doenças relacionadas a sexualidade, porém ainda não é consenso uma definição

unificada sobre o termo Compulsão Sexual e Romântica. De acordo com a *National Council on Sexual Addiction and Compulsivity*, é uma síndrome clínica constituída por um conjunto de comportamentos caracterizados por fantasiosos e impulsivos e de caráter intenso e recorrentes (SASH, 2004).

Transtornos Sexuais e Românticos apesar de não constarem no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) especificamente com um transtorno, podem se assemelhar ao Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), segundo o DSM-5, conceitua: “O TOC é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que são vivenciados como intrusivos e indesejados”, compulsões são comportamentos repetitivos que possuem uma força muitas vezes irresistível, aonde o sujeito perde o poder de escolha para dizer “não” a determinado comportamento que o prejudica (APA, 2013).

Segundo Dalgarrondo (ano), pode-se situar também os transtornos sexuais e românticos dentro dos transtornos aditivos, os quais transcendem a dependência química de substâncias, elas também abrangem o vício em jogos, compras, internet, sexo, registra o autor. Apesar de não terem agente psicoativo neuroquímico externo, muitas estruturas cerebrais são ativadas semelhantemente ao cérebro do dependente químico, demonstrado em exames de neuroimagem (DALGARRONDO, 2019).

Explicando o que acontece com o cérebro de um adicto, quando um estímulo poderoso de prazer alcança o cérebro, lança um sinal que aumenta a dopamina, importante neurotransmissor do Sistema Nervoso Central (SNC) especificamente no núcleo accumbens, região central do sistema de recompensa análoga ao prazer proporcionado pelas drogas. Esse sinal de dopamina faz com que o cérebro entenda que os comportamentos realizados para buscar aquele estímulo prazeroso devem se repetir (SUPERA, 2018), tem-se um cenário perfeito para o vício.

Com relação a etiologia da doença, Patrick Carnes, médico, escritor e pesquisador, em seu Livro Isto Não é Amor, associa eventos abusivos na infância como possível causa-raiz da dependência sexual e romântica, ainda o cientista discorre a respeito de que abusos sexuais infantis podem ser um dos maiores tabus de uma sociedade que esconde seus segredos e por consequência perpétua seus males de geração em geração (CARNES, 1991).

Importante ressaltar que o abuso sexual é um, entre os vários tipos de abusos aonde os vulneráveis podem ser expostos, todos eles parecem influenciar diretamente as manifestações das compulsões sexuais e ou românticas em alguns casos logo na primeira infância. Ainda segundo o Dr. Patrick Carnes o abuso sexual tem como características abaixo:

1. Intenção ou reação do agente. Se um pai ou alguém que cuida da criança tem a intenção ou provoca uma reação sexual, é abuso. Muitos pais têm reações desse tipo durante os cuidados rotineiros com os filhos, mas reprimem. Procurá-las ou prolongá-las é abusivo. 2. Reação da vítima. Quando a criança se sente violada porque um dos pais invadiu sua intimidade ou comportou-se de maneira imprópria, o abuso ocorre mesmo que não tenha havido intenção (CARNES,1991, p.112).

A despeito das dificuldades de se apontar causas objetivas para esse transtorno, Pia Melody acrescenta outro tipo de abuso: o abandono ou ausência dos pais ou cuidadores. Em sua obra *O Vício de Amar* ela conceitua uma relação objetificada, pelo uso e descarte de pessoas como peças que suprem carências de pais ou cuidadores e depois são abandonados, segundo a autora, os responsáveis cuidadores que muitas vezes também sofreram violações em suas infâncias, reproduzem um ciclo vicioso de danos transgeracionais. Perpetuando o ciclo de pessoas que se tornam viciadas em amar e pessoas viciadas em evitar (MELODY,1992).

Aprofundando um pouco mais sobre as características do compulsivo sexual, o sujeito possui um padrão de comportamento sexual e romântico descontrolado associado a uma incapacidade de autocontrole, apesar das graves consequências. Buscam persistentemente envolvimento e eventos de autodestruição com comportamento de alto risco. Apresenta aumento gradual das experiências sexuais porque o nível de atividade passa a ser insuficiente (com isso perde a capacidade de se sentir satisfeito) e negligência importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas causada pelo comportamento sexual (CARNES, 1991).

No que se refere ao Vício Romântico, embora mais aceito socialmente, produz importante prejuízo tal como a dependência sexual, em muitos casos reforçado pelo arquétipo coletivo da busca do par perfeito. Segundo Pessoa “*O amor romântico, portanto, é um caminho de desilusão*”, segundo o autor a direta intensidade de uma paixão se assemelha mais com um furacão de intensidade que

passa rápido e deixa muita frustração (PESSOA, 1997).

De uma forma geral as Dependências Românticas e ou Afetivas são incentivadas pelo mito do amor romântico que não impedem que em alguns casos a pessoa que sofre enverede para desfechos criminais ou patológicos com conseqüências tão graves quanto o descontrole Sexual. Regina Navarro, professora, escritora e terapeuta, retrata o mito do amor romântico como um amor regido pela impossibilidade, construído em torno da projeção e da idealização sobre a imagem em vez da realidade (NAVARRO, 2012).

Importante destacar as semelhanças e diferenças entre a Dependência Romântica da Sexual, a primeira pode ser tão destrutivo quanto a segunda, apesar de ser mais comum darmos maior atenção aos desvios sexuais. A Dependência Sexual, o sujeito pode depender das mais diversas práticas sexuais, muitas vezes solitárias ou não, outras vezes ilícitas, enquanto a Dependência Romântica a pessoa pode ser dependente de uma pessoa, ou de várias, ou de várias pessoas sequencialmente, um atrás da outra, o que Navarro chamou de monogamia sequencial (NAVARRO, 2012).

Os mais variados riscos são iminentes para o viciado romântico e sexual, sua incapacidade de controle os coloca em situações limítrofes. Quem padece dessa condição muitas vezes tem dificuldade de admitir e podem ter dificuldades de procurar ajuda por causa do estigma social. A vergonha sexual sobre o fato de não poder falar abertamente sobre sexo e sobre as questões que com ele se encontram relacionadas, tais como o prazer e o desejo dificulta ainda mais a condição (MOLLON, 2005).

Existem várias formas de tratamento, desde a abordagem médica, psicológica, espiritual e sociais através de grupos de mútua ajuda. Os grupos anônimos desde a década de trinta despontaram como uma alternativa segura e discreta para reunir pessoas que sofrem de doenças estigmatizadas pela sociedade.

Em face a uma condição que em muitos casos não se tinha tratamento pela Medicina, surge o primeiro grupo anônimo para tratar alcóolicos desenganados. No primeiro livro lançado desta irmandade, os Alcoólicos Anônimos se definem como uma irmandade de homens e mulheres que compartilham entre si, suas experiências, forças e esperanças a fim de resolverem seu problema comum e ajudarem outros alcóolicos a se recuperarem. Seu único requisito é o desejo de

parar de beber, AA não está afiliado a qualquer partido político, seita ou religião, não se envolve em qualquer controvérsia pública e não combate quaisquer outras causas, seu único requisito é o sujeito querer parar de beber (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 2014).

Os Doze Passos, base do programa de recuperação do AA, foram originalmente concebidos na década de trinta por Bill W. corretor da bolsa de valores de Nova Iorque e o Dr. Bob, médico cirurgião do estado de Ohio, EUA. O método de recuperação do programa de AA é sem dúvida no mínimo inusitada, pois não utiliza abordagem psicoterapêutica profissional, além do não uso de fármacos de qualquer espécie, o mecanismo de ação do programa se baseia em troca de experiências, forças e esperanças de um membro depoente recuperado ou em recuperação que compartilha suas experiências para outros membros recém-chegados ou não (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 2014).

No início da formação da irmandade, homens e algumas mulheres se reuniam secretamente. Muitos dos primeiros alcoólicos recuperados continuavam com desafios emocionais em seus lares, seus trabalhos e relacionamentos, mesmo tendo parado de ingerir bebidas alcoólicas por período de tempo significativo. Seus cônjuges pareciam também precisar de ajuda com suas questões emocionais, mesmo sem muitos deles nunca terem ingerido uma gota de bebida que continha álcool (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 2014).

Nascia então o primeiro grupo anônimo derivado do AA, o AL ANON, grupo de tratamento para familiares e amigos de alcoólicos que muito provavelmente adoeciam por causa da convivência disfuncional e de sua tentativa de “ajudar” o adicto em vão, mais tarde seguido por Neuróticos Anônimos para tratar as desordens mentais e emocionais, em 1976 inicia-se os Dependentes de Amor e Sexo Anônimo (DASA), culminando em centenas de outras irmandades que tratam dos mais diversos transtornos do comportamento humano, tais como Narcóticos Anônimos (NA) e muitos outros.

Dependentes de Amor e Sexo Anônimos (DASA) em seu preâmbulo se definem como é uma irmandade de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças a fim de se recuperarem das dependências de amor e sexo, o único requisito para se tornar membro é o desejo de abandonar as práticas destrutivas sexuais e ou românticas. DASA não está afiliada a nenhuma

seita ou religião, nenhum movimento político ou qualquer outra instituição, o único propósito primordial é ajudar outros que sofrem da mesma condição (DEPENDENTES DE AMOR E SEXO ANÔNIMOS, 2003).

A irmandade de DASA foi fundada por um membro de alcóolicos anônimos. Ele parou de beber, mas continuava entorpecido com suas práticas românticas sexuais. Ele concluiu que não bastava parar de ingerir álcool era necessária uma profunda mudança de personalidade, especialmente na sua vida íntima. O objetivo da irmandade é promover uma mudança nos pensamentos, sentimentos e comportamentos pela aplicação de princípios morais e espirituais do programa (DEPENDENTES DE AMOR E SEXO ANÔNIMOS, 2003).

Por tradição em grupos anônimos, não há dados estatísticos sobre número de membros ou percentual de eficácia, seu material de trabalho são depoimentos de membros que relatam uma importante transformação em suas vidas quando decidem aplicar o programa na prática. Observa-se no Quadro 1 os Doze Passos do programa DASA:

Quadro 1: Os Dozes Passos do programa de Dependência de Amor e Sexo Anônimos

PASSO 1: “Admitimos que éramos impotentes perante a Dependência de Amor e Sexo - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.”
PASSO 2: “Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos a sanidade.”
PASSO 3: “Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.”
PASSO 4: “Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.”
PASSO 5: “Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.”
PASSO 6: “Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.”
PASSO 7: “Humildemente rogamos a Deus que nos livrasse de nossas imperfeições.”
PASSO 8: “Fizemos uma relação de todas as pessoas que tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.”
PASSO 9: “Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.”
PASSO 10: “Continuamos a fazer o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.”
PASSO 11: “Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação à nós, e forças para realizar essa vontade.”
PASSO 12: “Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a esses passos, procuramos transmitir esta mensagem aos dependentes de amor e sexo e praticar estes princípios em todas as áreas de nossas vidas.”

Fonte: Dependentes de Amor e Sexo.

O programa de recuperação encoraja a vulnerabilidade e oferecem um apoio

para escapar da vergonha (CARNES,1991). Os Doze Passos enviam uma mensagem de confiança, fé e de auto responsabilização ao dependente que ainda sofre.

METODOLOGIA

Partindo do pressuposto da dificuldade de participação de várias pessoas para uma pesquisa que aborda grupos anônimos, e em uma área especialmente repleta de tabus (sexo e romance) ainda tendo como agravante a tradição dos grupos de mútua ajuda, que são aversos à promoção e a revelação de sua identidade como membros de irmandade optou-se por realizar um estudo de caso.

Essa modalidade compreende uma pesquisa qualitativa explicativa aonde se requer uma investigação detalhada a respeito de um sujeito que ao mesmo tempo é o objeto da investigação.

Nesse tipo de pesquisa, apesar de suscitar bastante desconfiança por sua pouca casuística e dificuldade de fazer generalizações, pode ser um importante meio de se obter conhecimento detalhado, prático e quando associados a estudos paralelos com objetivos semelhantes pode reforçar, realçar e ou fornecer dados complementares a conclusões das investigações com o mesmo objeto de estudo (BRANSKI; FRANCO; JÚNIOR 2010).

O Estudo de caso compreende cinco etapas de pesquisa: 1) delineamento da Pesquisa, que é a definição clara do que foi investigado, 2) o desenho da Pesquisa, que precisa conter validade interna, externa, confiabilidade e consistência do constructo, 3) preparação e coleta de dados, etapa que o pesquisador acessa o sujeito pesquisado, 4) análise do caso, etapa de compreensão dos dados colhidos e 5) elaboração dos relatórios, produção final do estudo (BRANSKI; FRANCO; JÚNIOR 2010).

Neste sentido, participou da presente pesquisa um membro atuante da irmandade DASA (nomeado de "M"), o qual foi incluído no estudo de acordo com os seguintes critérios: frequentar ou ter frequentado o grupo dos Doze Passos; está em processo de recuperação e garantir o anonimato do grupo. Após a seleção do participante, o pesquisador enviou o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) que se encontra no apêndice, contendo informações necessárias a respeito

da pesquisa e do seu caráter sigiloso. Considerando a Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), estão previstos riscos ou desconfortos em pesquisas que envolvem seres humanos. Porém, nenhum dano gerado pela participação do indivíduo foi identificado.

Desta forma, o participante da pesquisa autorizou e aceitou participar do estudo e seguiu-se com os procedimentos. Realizou-se uma entrevista semi estruturada (Apêndice) contendo informações sociodemográficas, a priori, e em sequência questões relativas à dependência romântica e sexual, além das intervenções do programa DASA. A entrevista foi realizada por meio da plataforma digital Zoom e teve duração de duas horas e trinta e cinco minutos.

Os dados foram agrupados e analisados por meio de uma Análise de Conteúdo (AC). A AC é um conjunto de técnicas de investigação que visa obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. A AC costuma ser feita através do método de dedução ou análise por categorias temáticas, a qual será utilizada nesta pesquisa. A análise categorial é o tipo de análise mais antiga e mais utilizada na prática. Funciona desmembrando o texto em unidades, em categorias segundo um reagrupamento do que se tem em comum (CARDOSO *et al.*, 2021 *apud* BARDIN, 1977).

DISCUSSÕES E RESULTADOS

O Centro de Saúde Golden Valley realizou uma pesquisa sobre o vício sexual e romântico aonde participaram 932 dependentes Norte Americanos, esse estudo reuniu o perfil sociodemográfico dos participantes e concluiu que maioria são: homens brancos, casados, com média de 40 anos, heterossexuais, pós graduados e com uma espiritualidade livre (CARNES, 1991).

Tabela 1 abaixo, observam-se os dados sociodemográficos de M e percebe-se que trata-se de um idoso do sexo masculino, fugindo um pouco da média de 40 anos apontada pela pesquisa citada mas ainda sim dentro do espectro etário das pessoas pesquisadas que variaram 18 e 65 anos, ele se junta a maioria também dos pesquisados que se declaram acreditar em um poder superior (espiritualidade livre), heterossexuais, sexo masculino e com nível de escolaridade superior completa. Hoje

se encontra no seu segundo casamento, possui três filhos do primeiro matrimônio que durou 17 anos e está há mais de 10 com sua segunda esposa.

Tabela 1: Dados sociodemográficos do participante M

Dados Sociodemográficos	Participante M
Sexo	Masculino
Idade	64 anos
Nacionalidade	Brasileira
Estado Civil	Casado
Filhos	3
Grau de Instrução	Superior Completo
Profissão	Sorveteiro
Tempo de Irmandade	22 anos
Nº de Casamentos	2
Raça	Não declarou
Orientação Sexual	Heterossexual
Filiação Religiosa	Espiritualidade/ poder superior

Fonte: Fonte própria do autor

A análise das respostas às questões da entrevista semi-estruturada possibilitou o levantamento de categorias de análise de conteúdo, descritas abaixo.

A DESCOBERTA DA DEPENDÊNCIA SEXUAL E ROMÂNTICA

Quem se habilita a render-se e proclamar que perdeu o controle de sua própria vida? Quase ninguém. Aparentemente apenas aqueles que experimentaram "o fundo do poço" de sua falência pessoal. Pessoas são treinadas para o sucesso e para a vitória e não para admitir o fracasso e a derrota. Problemas sexuais e românticos parecem ser especialmente mais difíceis de admitir por causa do orgulho e da vergonha. Esses segredos quando guardados cuidadosamente mostram-se devastadores para a felicidade pessoal do sujeito dependente e de quem estiver em seu entorno, a dependência de amor sexo não escolhe classe social, nível de instrução ou preferência sexual.

Desde o primeiro passo do programa, é exigido a admissão e o reconhecimento da falência pessoal perante à adicção. Cada um parece ter seu próprio limiar de dor, para alguns são prisões, outros internamentos em instituições, as vezes demissões e para outros podem ser doenças ou fracassos em

relacionamentos. Segundo o programa de recuperação, o fato é que um dia a pessoa deve decidir admitir que perdeu o controle de sua vida e procurar ajuda. Com o participante M não foi diferente, sua dor quando ficou limítrofe, o impulsionou a buscar ajuda e tratamento.

M menciona que essa decisão só veio depois do término de um relacionamento. Havia muito sofrimento em virtude das dificuldades aceitar o fim do casamento. Por meio de amigos e da psicologia entrou para a irmandade de DASA, seis meses depois foi internado por 15 dias em uma clínica de recuperação para adictos por conta dos sintomas de ansiedade e depressão.

Quanto as possíveis causas que possam ter propiciado sua condição o participante M confirma que sofreu influências e aprendizados da infância na sua formação sexual, relatou que os padrões sociais sobre papel do homem e da mulher em relação às práticas sexuais foram lhes ensinado desde criança. Na adolescência ganhava revistas e baralhos de cunho sexual, que moldaram sua percepção sobre sexualidade e romantismo. Padrões esses que hoje considera deturbado.

A influência cultural exerce forte incentivo às práticas sexuais sem vinculação, segundo CARNES (1991): “vivemos numa cultura de conveniência e sexo não é exceção”, com dinheiro ou cartão de crédito se pode comprar desde ligações sexuais, acesso à conteúdos pornográficos ou alugar pessoas através de programas de prostituição. A troca de dinheiro por sexo, apesar de ser antiga, prejudica muito o dependente que obtém relações rápidas, sem compromisso que parecem não satisfazê-los e além de serem potencialmente viciantes.

Ainda com relação aos fatores que possam ter desencadeado sua condição, o participante M menciona que acredita ter sofrido algum tipo de abuso na infância, mas tem poucas recordações sobre o acontecimento. Os sintomas de dependência e compulsão sexual apareceram entre oito e dez anos de idade, o participante relata:

“Entre 8 e 10 anos eu ataquei a empregada de casa. Não sabia o que estava acontecendo. Eu me masturbava compulsivamente, até nove vezes por dia, ao ponto de perder a sensibilidade no pênis. Eu era abusivo sob efeito de álcool com as pessoas no carnaval” (M).

Quando questionado sobre o que considera o vício sexual ele respondeu:

[...] Dependência Sexual é você achar que não pode viver sem sexo. Sexo era o centro da minha vida. Tudo que eu fazia tinha como objetivo final o

sexo” (M).

Quando questionado se se considera uma pessoa recuperada atualmente, o mesmo alude que:

“Eu me acho uma pessoa em recuperação. Prefiro dizer que estou em recuperação. Se eu achar que já estou recuperado, eu paro” (M).

Há uma máxima nos grupos anônimos aonde o depoente se intitula “em recuperação”, ou seja adotam uma postura que precisam de constante “tratamento”, reuniões e apoio para continuarem recuperados sob risco de recaídas no futuro. O participante M concorda com essa concepção. Apesar de existirem várias formas de tratamento para controlar o comportamento sexual desregrado, compulsivo e obsessivo, tais como Psicoterapia, medicação, e grupos de mútua ajuda, é quase um consenso que adicção é um transtorno que não possui cura, possui controle e recuperação.

O PROGRAMA DE DOZE PASSOS DO DASA

O participante M confirma a sabedoria popular que para muitos antes de decidir procurar ajuda era preciso “atingir o fundo do poço”. Um casamento fracassado, seu negócio falido, sem esposa e sem o apoio dos filhos, M não tinha mais a quem recorrer. A admissão de sua impotência pessoal demorou seis anos, tempo em que não aceitou o término de seu relacionamento conjugal. Sua resistência gerou muito sofrimento, mas preparou o terreno para que ele pudesse se render e buscar se conectar com algo maior que ele, um Poder Superior, que o devolvesse a esperança de ter reestabelecida sua sanidade.

O programa de Doze Passos obedece a uma sequência lógica de princípios que se inicia com a completa admissão da impotência pessoal e a perda de controle de sua vida. Estamos diante de um verdadeiro paradoxo: se tornar vulnerável para readquirir uma nova força. Uma espécie de humildade para passar por toda a dor da abstinência de comportamentos que sempre o aliviaram emocionalmente (fuga ou esquiva de si mesmo) mas que hoje tem causado muito mais prejuízos que benefícios.

O programa baseia-se em quatro pilares básicos: a admissão, a fé em um Poder Superior, reparações com as pessoas as quais prejudicou e levar a

mensagem a fim de ajudar o próximo.

O Participante M iniciou seu processo de autoconhecimento rumo a sua história pessoal, perpassando por uma auto investigação destemida e minuciosa a respeito de si mesmo, identificando pessoas as quais reconheceu que prejudicou. Um a um (salvo se essa ação prejudicasse ainda mais alguém), saiu em busca de reparar os danos que cometeu no passado. Esse processo segundo o programa, pode ir além de um simples pedido de perdão, ele pode envolver reparações morais e materiais para que o peso do passado seja definitivamente resolvido.

Adentrando detalhadamente nos passos do programa, a admissão para muitos é sinônimo de derrota e fraqueza, porém para o programa de Doze Passos, em especial o primeiro passo, aqueles que se dispuseram a admitir (Primeiro Passo), experimentaram o início de uma grande conversão, uma espécie de despertar para uma nova consciência de si e da vida, segundo o programa inicia-se uma caminhada rumo a si mesmo, ao próximo, à espiritualidade e uma profunda mudança de personalidade e a pessoa muitas vezes interrompe a adicção logo nas primeiras reuniões (DEPENDENTES DE AMOR E SEXO, 2003).

Para o programa, o Segundo Pessoa requer fé, um acreditar em algo ou alguém maior que a própria pessoa, e o Terceiro Passo sugere que a pessoa abra mão de sua vontade (de praticar comportamentos sexuais e românticos autodestrutivos) e de sua vida entregando-a essa Força Superior. Para o programa esses passos quando realmente praticados, podem ser a diferença entre a recuperação e a bancarrota pela Dependência de Amor e Sexo.

Essa entrega pode não ser explicada cientificamente, porém quando a pessoa entende que não há nada mais que possa fazer para se controlar ou se recuperar, que perdera o controle de sua vida, ela pode estar pronta para pedir a um Poder Superior, na forma de seu entendimento, que a ajude e inicie um processo de mudança e ela talvez pela primeira vez consiga abrir mão de sua vontade, que já não pode mais confiar, pois encontra-se corrompida.

Mais uma vez, o Segundo e Terceiro Passo abrangem a necessidade de buscar um Poder Superior ou Deus conforme a pessoa o conceba. Para muitos a ideia de DEUS ou espiritualidade pode ser difícil de conceber. O desapontamento pode ser ainda maior nas pessoas decepcionadas oriundas de religiões. Um Poder Superior pode parecer algo muito remoto e pouco prático. Segundo o programa

nesse estado algumas pessoas podem estar prontas para descobrirem uma nova conexão com um Força Superior que os impulsiona para a ação, para a perseverança e para a mudança (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS,2014). Segundo o programa esse poder pode ser qualquer coisa, DEUS, o grupo, a Natureza, o Bem que há no mundo, basta o dependente o conceber.

No tocante ao Quarto Passo, mudar os outros e o mundo para conseguir viver melhor deixou de ser uma meta. Nesse passo o recuperando se volta para si mesmo. Nesse momento o programa de recuperação convida a pessoa a fazer uma profunda investigação de si mesmo, corajosamente recuperar lembranças de seu passado desde a sua mais tenra infância. O que lhe aconteceu? Quais necessidades não foram supridas? Houve traumas? Sofreu Abusos? Será que se tornou um abusador? Esse passo sugere que tudo deve ser registrado em folhas de papel ou outro meio, o roteiro da história começa desde as mais antigas lembranças até o presente momento, em detalhes, sem cortes, destemidamente (DEPENDENTES DE AMOR E SEXO, 2003).

O Quinto Passo é uma tentativa de reagrupar as partes fragmentadas do ser. Para o programa manter segredos pode ser perigoso e alimentar a compulsão. A vida do viciado, em parte explicada pela vergonha e o medo do julgamento, pode se assemelhar mais a uma “caixa preta” de compartimentos altamente secretos. Esse passo sugere que escolham uma pessoa que sirva de fiel depositário de tudo o que passaram, de tudo que fizeram e tudo que sofreram, é hora de expor sua vida pelo menos uma vez de forma integral e sem reservas. O passo finaliza exigindo que a natureza exata das falhas sejam expostas para outro ser humano, não basta dizer ou admitir que seja compulsivo é preciso colocar luz em todos os padrões que o afligem, “a natureza exata de suas falhas”, não basta se auto intitular viciado sexual é preciso expor em detalhes o que lhe acomete e ser totalmente transparente.

Para o programa se a pessoa não pode ou não consegue parar, um Poder Superior pode remover esses padrões destrutivos de comportamento. O Sexto Passo mais uma vez sugere que algo ou alguém maior do que a própria pessoa pode, um Poder Superior, DEUS como cada um o concebe. A dúvida que paira é como se prontificar? Tudo indica que é um processo contínuo de esvaziamento de si mesmo, de suas vontades, uma verdadeira purificação dos pensamentos, ações, comportamentos e hábitos através do abandono de práticas aditivas.

O Sétimo Passo sugere que para acessar o poder de libertação dos padrões obsessivos compulsivos a pessoa precisa de humildade. Mais uma vez o programa de recuperação recorre a uma espécie de súplica a algo maior.

O Oitavo Passo indica que se faça uma relação de todas as pessoas a quem o adicto através de seu descontrole possa ter prejudicado. Pedir perdão não é teoria, é prática. Nesse Passo não há espaço para vítimas, apenas para pessoas que se auto responsabilizam e busquem corrigir seus erros conscientes ou inconscientes.

O Nono Passo é o da ação para como os outros. Sair, procurar pessoas e reparar danos as pessoas prejudicadas, exceto se isso for prejudica-la outra vez. É o Passo que vai além de um simples pedido de perdão e reconhecimento de falhas, sugere que reparações físicas, financeiras ou morais sejam feitas. O Décimo Passo é uma continuação diária do quarto passo. Nesse passo o olhar crítico a respeito de si mesmo não cessa. Confessar falhas e desvios tem que ser diário. Escondê-las de si e dos outros pode comprometer a caminhada rumo a libertação da dependência.

O Décimo Primeiro Passo se confunde com a prática religiosa, mas segundo programa é universal e tão natural como o ato de respirar. Meditar é refletir, ouvir a voz interior, que se diferencia da voz compulsiva da mente que incessantemente busca o prazer e ou que foge da dor. A oração é falar com esse poder, seja ele conforme a própria pessoa o conceba. É pedir, suplicar, agradecer ou apenas reverenciar essa força poderosa que habita em todas as coisas e em cada ser humano. Este passo sugere que quando a própria vontade está corrompida, há uma sabedoria que pode nos guiar rumo à sanidade.

No Décimo Segundo Passo, apesar de controversa a definição de despertar espiritual, é exatamente isso que ele sugere. O último passo não cessa o programa, apenas faz uma espécie de coroamento em um novo modo de viver, com a alegria de alcançar uma sobriedade sexual e romântica e poder ajudar outras pessoas que ainda sofrem. Esse passo registra que há libertação, mas com uma condição: praticar esses princípios em todas as áreas e compartilhar suas experiências a fim de que outros dependentes um dia também se recuperem.

Na Tabela 2 observam-se os relatos e experiências de M com os Doze Passos do programa DASA. No decorrer dos passos o participante demonstra que seguir um programa de recuperação gradual sempre foi um desafio diário. Do Primeiro ao Décimo Segundo Passo o participante M descreve em detalhes seu

percurso rumo a uma nova forma de interpretar a si, os outros e a vida. Segundo M os princípios do programa (Admissão, fé, honestidade e ação reparadora) foram fundamentais para que conseguisse frear sua compulsão sexual e romântica e entrasse em recuperação. A seguir sua relação com os Dozes Passos:

Tabela 2: Relatos do participante M sobre os Doze Passos de DASA

Os Doze Passos do DASA	Relatos de M
1º Passo	<p><i>“Esse passo tem uma pedagogia muito importante na minha vida. Esse passo me ensinou enquanto eu não admitisse meu fracasso e minha impotência eu não me recuperaria. Reconheci que era um anorético emocional, não aceitava carinho ou toque, também não dava carinho, não aceitava elogios e reconhecimento. Tive que admitir minha impotência sobre a compulsão, e também sobre a anorexia. Tive que admitir minha impotência perante o álcool, sobre minhas neuroses e minha codependência. [...] Se eu não tivesse admitido isso não tinha como reconhecer que tinha perdido o domínio sobre minha vida e não poderia ter reconstruído minha vida. Sem admissão não daria para fazer o segundo passo, só depois de admitir é que podemos fazer os demais passos.”</i></p>
2º Passo	<p><i>“Na época meu casamento falhou e o programa me pedia que eu parasse as minhas drogas de preferências (sexo, álcool, etc...) mas o segundo passo me desafiou. Esse poder superior em uma sala de anônimo pode ser qualquer coisa, pode ser uma cadeira, pode ser o grupo, pode ser o padrinho, qualquer coisa que me dê mais força do que a mim mesmo. O programa me ensinou a alimentar não a religião, mas a espiritualidade. Se eu acreditasse ele poderia nos devolver a sanidade. Joguei minha âncora nesse passo. Eu acreditei no poder superior e realmente funcionou. Acreditei, tive fé que tudo poderia ser reconstruído”.</i></p>
3º Passo	<p><i>“Abrir mão da minha vontade levou anos. Foi muito difícil. Eu queria meu casamento de volta. Eu vi que eu poderia cometer um crime por causa da minha obsessão. Se eu não abrisse mão da obsessão alguma coisa ruim poderia acontecer. Levei muito tempo para abrir mão da minha vontade. No início eu queria que minha ex mulher mudasse, mas não foi desse jeito. No final não foi nada assim. E eu comecei a me conhecer. Depois de muita relutância com o terceiro passo eu vim a entender que quando eu tenho que fazer muita força é por que não é a vontade de DEUS. Quando DEUS está caminhando junto não fico obsecado por algo. Hoje tenho paciência para lidar com tudo isso, o terceiro passo me ensinou.”</i></p>
4º Passo	<p><i>“Esse passo foi feito um levantamento, foi bem difícil. Foi uma experiência muito dolorida. A literatura do DASA já dizia que a recuperação é como uma cebola, tira uma casca vem choro, tira outra vem dor, tem horas que você não quer mais passar por isso. Levei vinte e seis dias para fazer o inventário. Nesse inventário teve muita masturbação, teve brincadeiras de garotos, tinha prostíbulo que eu frequentava. Sempre gostava de quem não gostava de mim. Eu era louco pela minha professora. Havia uma mulher que me apaixonei no Rio de Janeiro. Casei, por que acreditava que tinha sido eu que tinha tirado a virgindade da moça. Constituí família e tive apego. Não estava preparado para casar e para ser pai, mas eu queria casar e ser pai. O casamento fracassou. Quase perdi a cabeça com uma moça de São Paulo de um Prostíbulo. Eu estava obsecado pelo sexo com ela. Fiz de tudo. Fui à boates procurar programas. Sai com Travesti. Hoje não tenho mais vergonha do que fiz. Se me perguntam eu digo o que fiz e o que não fiz. O quarto passo me deu uma nova</i></p>

liberdade, sem constrangimento.”

5º Passo

“Esse quinto passo fiz em uma clínica e depois em grupos de recuperação. Esse quinto passo é muito terapêutico e pedagógico. Perante DEUS eu falo, eu engano DEUS e os santos, mas me expor para uma pessoa é diferente. Esse passo me pede uma pessoa que apresentasse meu inventário, fiz primeiro com meu padrinho, depois fiz com qualquer pessoa que estava em sala. É um passo muito libertador. Depois que fiz parecia que estava andando nas nuvens. Fiquei muito leve de tirar toda aquela tralha de cima de mim. Depois que experimentamos esse alívio não queremos mais andar com esse peso de jeito de nenhum.”

6º Passo

“Esse passo em resumo é se colocar pronto para que DEUS remova o que o Senhor achar que deve remover. Não posso apontar os defeitos que eu quero que ele tire. Eu estou pronto, senhor. Eu fiz o levantamento minucioso da minha vida perante o Senhor e perante outro ser humano.. Não foi fácil esconder tudo aquilo. E quando DEUS resolver remover alguns defeitos de caráter e deixar outros, precisamos ter aceitação. Ele não me tirou todos. É no tempo dele, é no jeito dele. Deixar ele remover.”

7º Passo

“No sétimo passo pedimos a DEUS que removesse nossos defeitos de caráter que podemos chamar de pecados, sete pecados capitais, esses são defeitos de caráter que nos acompanham em um parte de nossa vida e eu humildemente rogo a ele. Com o tempo esse passo vem mostrar que a expectativa que DEUS remova todos os defeitos de caráter era uma situação meio ambígua. Muitas vezes queremos nos livrar de todo aquele peso, mas DEUS pode necessitar que nós tenhamos algum tipo de ferramenta, DEUS não vai remover todos os defeitos no momento, só vai remover aqueles que eu não usar mais para a obra. Nem sempre nesse sétimo passo DEUS vai chegar e no estalar de dedos te livrar de todos os problemas, ele vai tirar no jeito dele, na hora dele, e eu preciso ter humildade de reconhecer isso, sem humildade eu vou me revoltar contra DEUS. Preciso ter muita paciência. Não adianta minha ansiedade. Estive onde estive por que era ansioso, pois queria fazer as coisas no meu tempo e não no tempo dele.”

8º Passo

“Se eu fiz bem feito o quarto e o quinto passo, eu vou ter como ver todas as pessoas que eu prejudiquei. Lá tinha minha mãe, meus amigos, as pessoas as quais eu me relacionei. Quando eu vi isso, eu tive uma percepção de todas as pessoas que eu prejudiquei e a pessoa que mais prejudiquei foi a mim mesmo. Isso não me redime de fazer reparações com as pessoas que prejudiquei. Fazer o oitavo passo vai permitir que eu faça o nono passo”.

9º Passo

“Nesse passo pegamos a relação do oitavo passo e procuramos pessoas para fazer reparações. Seja ela qual for, a mais difícil, seja a mais constrangedora até a mais simples. Posso até iniciar pelas menos constrangedoras, para me dar suporte para chegar a um determinado momento de fazer com as mais difíceis. Eu fiz reparação com prostitutas, com colegas de trabalho, com minha mãe, mesmo depois dela ter morrido, fiz com meus filhos três vezes e eles não aceitaram, fazer reparações não quer dizer que eles me perdoaram, eu preciso aceitar que eles não me perdoaram. Fiz reparação com todas as pessoas as quais eu lembrei que tinha relacionado no quinta passo. Depois me lembrei de pessoas que não tive mais contato, com elas não pude fazer reparações. Tinha uma moça a qual eu não empreguei o nono passo na integralidade. Eu agarrei esse moça e criei um constrangimento. Com o passar do tempo essa moça se casou com meu amigo, ela contou para ele o que eu tinha feito. Eu não pude procurar essa moça para fazer a reparação pois se o marido visse eu poderia prejudicar ela ainda mais do que eu já tinha prejudicado. Preciso pedir perdão pelo que fiz. Outra pessoa que eu prejudiquei, não fiz reparação, as vezes a melhor reparação é nunca mais procurar essa pessoa, não era por vergonha nem por outro motivo.”

10º Passo

“Esse passo me pede que depois de tudo isso feito, o quarto, quinto, sexto, sétimo, oitavo e o nono passo eu me limpei de todo o peso que eu carregava comigo. Porém se hoje eu agredir uma pessoa eu imediatamente preciso reparar o erro. Não passar do dia para a noite com um problema. Como estou dormindo bem, estou tranquilo diante de DEUS, de mim mesmo, de meus companheiros.”

11º Passo

“Esse é um passo muito difícil. Até hoje para mim. Esse passo pede que eu faça preces e medite, para saber qual a vontade de DEUS. Primeiro melhorar nosso contato com DEUS. A prece e a meditação vai melhorar esse contato. Esse contato é para conhecer a vontade de DEUS em relação à mim, e pedir a DEUS através da prece para pedir forças para realizar essa vontade. Pois nem sempre a vontade de DEUS é uma coisa muito fácil. Eu percebo quando é vontade de DEUS, pois eu não preciso fazer força para muitas coisas, as coisas são leves e as coisas vão acontecendo e melhorando sem muita força. Esse e o terceiro passo são os passos mais difíceis para mim. Enquanto eu não silencieei minha mente e meu coração, enquanto eu quiser fazer minha vontade e impor às outras pessoas eu não vou conseguir fazer isso. Eu vou querer impor minha vontade para DEUS e isso é errado. A obra é de DEUS, eu tô aqui para servir. Eu preciso sair da frente de DEUS e deixar ele fazer a obra.”

12º Passo

“Eu preciso transmitir essa mensagem nos grupos e em qualquer lugar que eu vá. Eu através do décimo segundo passo eu transmito a mensagem aos dependentes de amor e sexo e pratico esses princípios em todas as áreas da minha vida. Esses dozes passos são para reincrever o final da minha vida. Com transparência e com honestidade. O programa não tem fim. O programa é uma seta ao poder superior, à DEUS na forma como eu concebo”

Fonte: Os autores

A RELAÇÃO DOS DOZE PASSOS COM A PSICOLOGIA

Apesar do programa de Doze Passos dos grupos Anônimos serem grupos operativos ou terapêuticos, sua relação com a Psicologia é bastante próxima. Os princípios do programa muitas vezes encontramos fundamentação científica na Psicologia. A seguir descrevermos os princípios dos Passos associados a aplicabilidade no dia-a-dia do trabalho do profissional de Psicologia:

1º Passo. Princípio: Admissão. Associação com a Psicologia: Toda e qualquer terapia precisa-se de vínculo. Essa ligação só pode ser realidade quando o paciente decide mudar. E só se consegue o compromisso do paciente quando ele admiti e aceita que precisa de ajuda.

2º Passo. Princípio: Fé. Associação com a Psicologia: A ciência entende que o acreditar é importantíssimo para os resultados. Sabemos do efeito placebo e sabemos que parte dos resultados é atribuído no quanto o paciente acredita em algo que realmente possa ajuda-lo, esse acreditar pode ser na terapia, no terapeuta, em si mesmo ou até mesmo nas forças invisíveis da vida conforme ele o concebe.

3º Passo. Princípio: Entregar-se. Associação com a Psicologia: Entregar-se é

aderir e abrir-se ao novo no processo terapêutico, é experimentar novos pensamentos, sentimentos e comportamentos que o levam para resultados superiores, longe da adicção.

4º Passo. Princípio: Auto investigação. Associação com a Psicologia: Autoconhecimento é um dos pilares da ciência psicológica. Um investigação profunda de si mesmo faz parte do processo de reabilitação do sujeito.

5º Passo. Princípio: Se apresentar inteiramente para outro ser humano. Associação com a Psicologia: A Terapia é um lugar ideal para se desfazer dos segredos geradores de vergonha, introversão e medo e para a descoberta de parte que até então sejam desconhecidas do próprio sujeito.

6º Passo. Princípio: Se prontificar. Associação com a Psicologia: Compromisso, estabelecimento de metas e persistência é uma forma de prontificação.

7º Passo. Princípio: Humildade. Associação com a Psicologia: Entende-se que um estado de espírito humilde, a pessoa é mais aberta, flexível, pede mais ajuda e tem menos resistência para o processo psicoterápico.

8º Passo: Identificar pessoas com as quais prejudicou. Associação com a Psicologia: Assumir responsabilidade devolve o poder de mudança para o agente de mudar a única pessoa que realmente é capaz de conseguir, a si mesmo.

9º Passo. Princípio: Reparar danos que cometeu a essas pessoas: Associação com a Psicologia: A Psicologia reconhece o poder do perdão como ciência e seus efeitos terapêuticos.

10º Passo. Princípio: Vigiar-se e reparar danos diariamente. Associação com a Psicologia: A Psicologia tem como objetivo a conquista da autonomia através do autogerenciamento e regulação emocional por parte do sujeito.

11º Passo. Princípio: Meditar e orar. Associação com a Psicologia: Reconhece-se as práticas meditativas como ciência, como é o caso do Mindfulness e reconhecemos o poder da oração em vários estudos científicos que atestam melhora da saúde e fator de proteção emocional contra vicissitudes da vida.

12º Princípio: Despertar Espiritual. Praticar os princípios em todas as atividades e ajudar o próximo que ainda sofre. Associação com a Psicologia: Recuperação do quadro clínico. Alta psicológica. Expansão da Consciência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pessoas que sofrem de Dependência de Amor e Sexo podem não ser vistas como pacientes com transtornos mentais comuns. Essa condição pode suscitar desconfiança, julgamentos morais e em alguns casos preconceito, discriminação e exclusão. Os Grupos de Doze Passos se tornaram um refúgio seguro e principalmente anônimo que abrigam pessoas estigmatizadas que muitas vezes já não tem mais a quem recorrer para pedir ajuda.

Pela tradição dos grupos anônimos de Doze Passos, o programa de recuperação não pode ser considerado grupo de Psicoterapia. As reuniões não são dirigidas por psicólogos, apesar disso é inegável que efeitos terapêuticos através do compartilhamento de experiências possam ser alcançados.

Os princípios do programa de recuperação são simples porém profundos, em resumo eles sugerem: a) admissão da impotência perante à adicção; b) acreditar em um Poder Superior maior que ela mesma e entregar sua vida e vontade para esse Poder; c) realizar um inventário moral de sua vida completo; d) admitir todas as suas falhas para alguém; e) se prontificar para esse Poder Superior remova seus defeitos de caráter; f) listar todas as pessoas que prejudicou no curso de sua adicção; g) realizar reparações com elas sempre que possível salvo se isso as prejudiquem ainda mais; h) continuar se observando diariamente e continuar fazendo reparações caso necessário; j) melhorar o contato com esse Poder Superior; e k) passar a mensagem para outras pessoas que ainda sofrem.

Diante do testemunho do participante M que possui mais de 20 anos de recuperação concluímos que seu relato é contundente em detalhes e que através do Programa de recuperação hoje, consegue desfrutar de uma nova forma de viver, não isenta de vicissitudes mas com uma nítida melhora geral na sua qualidade de vida.

Por tradição, os grupos anônimos são aversos às estatísticas. Há uma grande dificuldade de encontrar pessoas que autorizem publicação de seus relatos de recuperação, além disso são bastante escassos os estudos especificamente sobre o Vício Sexual e Romântico.

Com relação a presente pesquisa reconhecemos a pouca casuística quanto ao tamanho da amostra e limitação de se fazer generalizações, porém acreditamos que quando aliada à pesquisas futuras o presente trabalho pode ratificar o relato do participante M, que o programa leigo ou não, funciona.

REFERÊNCIAS

- ALCOÓLICOS ANÔNIMOS ONLINE. Disponível em: Disponível em: <https://www.aaonline.com.br/ver.php?id=242&secao=9>. Acesso em: 7.10.21.
- AUTOR ANÔNIMO, **ALCOÓLICOS ANÔNIMOS**. São Paulo. Ed. Junaab, 2014
- American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (DSM 5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.
- AZEVEDO, Lílian Henrique. **Para ser mulher: feminismo, revolução sexual e a construção de uma nova mulher em revistas no Brasil (1960-1975)**. ANPUH – XXIII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA – Londrina, 2005.
- BARROS, Sônia. LUCHESE, Roselma. **Grupo operativo como estratégia pedagógica em um curso graduação em enfermagem: um continente para as vivências dos alunos quartanistas**. Rev. esc. enferm. USP 36 (1) • Mar 2002.
- BEHELLI, L. P. de C. SANTOS, M. A. dos - **O terapeuta na psicoterapia de grupo - Rev. Latino-Am. Enfermagem** 13 (2), 2005. Disponível em <https://www.scielo.br/j/rlae/a/NXGj6QBgHMsW33ZL94Yx96v/?lang=pt>. Acesso em 8/12/2021
- BOCK, Ana Mercedes Bahia – **Psicologias**, 15ª Edição – Saraiva, 2018.
- BRANSKI, Regina Meyer, Raul Arellano Caldeira Franco, and Orlando Fontes LIMA JUNIOR. **"Metodologia de estudo de casos aplicada à logística."** XXIV ANPET Congresso de Pesquisa e Ensino em Transporte. 2010.
- CARDOSO, M. R. G.; OLIVEIRA, G. S.; GHELLI, K. G. M. **Análise De Conteúdo: Uma Metodologia De Pesquisa Qualitativa**. Cadernos da Fucamp. Minas Gerais, 2021.
- CARNES, P. **Isto Não é Amor**. Ed. Best Seller, São Paulo, 1991.
- CURY, Augusto Jorge - **A ditadura da beleza e a revolução das mulheres** - Rio de Janeiro: Sextante, 2005.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais [recurso eletrônico]** – 3. ed. – Porto Alegre :Artmed, 2019.
- DUARTE, P. M. S. **Educação da sexualidade: modelos e representações de professores**. 2010. 87f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Educação) - Universidade de Aveiro, Aveiro, 2010.
- EISENHARDT, K.M. **Building theories form case study research**. Academy of Management Review. New York, New York, v. 14 n. 4, 1989.
- MELLODY, P; MILLER, A; MILLER, J. **O Vício de Amar**. São Paulo, 1992.
- MOLLON, P. **The Inherent Shame of Sexuality**. *British Journal of Psychotherapy*, 22(2), 167-178, 2005
- NAVARRO, Regina – **A Cama na Varanda**, 11ª Edição. Rio de Janeiro: BestSeller, 2017.
_____. **O Livro do Amor**, Vol.2 – do iluminismo à atualidade. Rio de Janeiro, Best Seller, 2012.
- PESSOA, Fernando. **Livro do desassossego**. Lisboa: Assírio & Alvim, 1997. Disponível em: <Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/vo000008.pdf>> . Acesso em: 28.9.21.
- Pichon-Riviéri, H. **O processo grupal**. Trad. de Marco Aurélio Fernandes Velosso. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1986.

O TRANSTORNO DE PERSONALIDADE NARCISISTA E AS RELAÇÕES AFETIVAS: UMA CONTRIBUIÇÃO DA PSICANÁLISE

Erilane Érica Leôncio¹
Aline Arruda Rodrigues da Fonseca²

RESUMO

O transtorno de personalidade narcisista tem como principais características um padrão difuso de grandiosidade, perfeccionismo, necessidade de ser admirado e falta de empatia. Uma pessoa com esse transtorno demandará de um reconhecimento supervalorizado do outro, ela necessitará ser reconhecida por outras pessoas e acabará desvalorizando e desqualificando o que o outro fizer. Como método deste trabalho, trata-se de uma revisão integrativa da literatura, onde foram utilizadas como palavras chaves: “Transtorno de Personalidade Narcisista”, “Introdução ao Narcisismo”, “Narcisismo e Relações Afetivas”. Para tal, foi extraído a partir da base de dados do Google Acadêmico e Scielo, tendo como critério de inclusão os artigos publicados em português e em inglês que retratassem a temática proposta acerca do transtorno de personalidade narcisista e suas relações afetivas, e como critérios de exclusão, artigos que não obedeceram aos critérios de inclusão. O objetivo geral do presente artigo é de fazer uma revisão integrativa da literatura dos últimos anos sobre pessoas com esse transtorno, para isso, foi-se necessária utilizar de uma abordagem qualitativa, com ênfase no estudo documental. Partindo então dos conceitos apresentados pelos principais autores da teoria psicanalítica, o trabalho analisará o perfil dessas pessoas, buscando compreender a visão psicanalítica freudiana a respeito e qual o conceito desenvolvido por Freud acerca do tema, suas teorias e contribuições finais. O resultado final deste trabalho foi constituído por sete artigos científicos selecionados a partir dos critérios de inclusão estabelecidos previamente, partindo do pressuposto de que os autores destacados utilizaram como base para o desenvolvimento e elaboração dos seus respectivos artigos, o texto de 1914 escrito por Sigmund Freud nomeado de: “Introdução ao Narcisismo”. Espera-se que o artigo possa contribuir na compreensão sobre o transtorno através das informações que forem fornecidas.

Palavra-Chave: Narcisista; Transtorno; Personalidade; Narcisismo.

ABSTRACT

Narcissistic personality disorder is characterized by a pervasive pattern of grandiosity, perfectionism, need to be admired, and lack of empathy. A person with this disorder will demand an overvalued recognition of the other, he will need to be recognized by other people and will end up devaluing and disqualifying what the other does. As a method of this work, it is an integrative literature review, where the keywords were used: “Narcissistic Personality Disorder”, “Introduction to Narcissism”, “Narcissism and Affective Relationships”. To this end, it was extracted from the database of Academic Google and Scielo, having as inclusion criteria articles

¹ Graduanda do curso de Psicologia do UNIESP. E-mail: .

² Professora Orientadora do curso de Psicologia do UNIESP. Email: prof1813@iesp.edu.br.

published in Portuguese and in English that portrayed the proposed theme about narcissistic personality disorder and its affective relationships, and as criteria for exclusion, articles that did not meet the inclusion criteria. The general objective of this article is to carry out an integrative literature review of recent years about people with this disorder, for which it was necessary to use a qualitative approach, with emphasis on documentary study. Then, starting from the concepts presented by the main authors of psychoanalytic theory, the work will analyze the profile of these people, seeking to understand the Freudian psychoanalytical view about it and what is the concept developed by Freud about the theme, its theories and final contributions. The final result of this work consisted of seven scientific articles selected from the inclusion criteria previously established, assuming that the distinguished authors used the 1914 text written by Sigmund Freud as a basis for the development and elaboration of their respective articles. named: "Introduction to Narcissism". It is hoped that the article can contribute to the understanding of the disorder through the information provided.

Keyword: Narcissistic; Disorder; Personality; Narcissism.

INTRODUÇÃO

Originalmente o termo narcisismo foi usado para esclarecer o comportamento de certos indivíduos que se sentiam atraídos de forma excessiva pelo seu próprio corpo. A partir de 1914, por meio do artigo publicado por Sigmund Freud como resposta a Jung, é possível constatar que o narcisismo estaria presente no desenvolvimento de todos os seres humanos, mas poderia transforma-se em uma patologia por causa de vários fatores que estão relacionados diretamente ao exagero e aos potenciais prejuízos no meio social. Ademais, Freud constatou de que o narcisismo primário referia-se ao investimento da libido no próprio eu, e o narcisismo secundário se referia ao retorno do investimento da libido ao ego depois de ser dirigida aos objetos externos (KLAUTAU, 2018).

O transtorno de personalidade narcisista tem como principais características um padrão difuso de grandiosidade, perfeccionismo, necessidade de ser admirado e falta de empatia com o outro. Eles precisam sempre ser valorizados, e por muitas vezes, chegam a serem pretenciosos, condizente com uma preocupação ilimitada de se ter a admiração das demais pessoas, buscando ter privilégios em todos os contextos sociais. A pessoa com esse tipo de transtorno demanda de um reconhecimento supervalorizado do outro, ela necessita ser reconhecida por outras pessoas e acontece de acabar desvalorizando e desqualificando o que o outro faz.

Geralmente esse transtorno se inicia na idade adulta e se estende ao longo da vida do sujeito (ARAÚJO, 2010).

Um ponto importante a ser levado em consideração diz respeito à autoestima dessas pessoas, que apesar de apresentarem comportamentos soberbos e autoconfiantes, existe uma fragilidade interna que muitas vezes não é manifestada. São pessoas muito sensíveis às críticas e/ou frustrações, e isso acontece com frequência em suas relações interpessoais. Os narcisistas começam a se relacionar visando apenas o benefício próprio, esperando que o outro supra as suas necessidades, sendo sempre muito centrado apenas nas suas próprias questões e nos seus próprios desejos, sem se preocupar com o que de fato o outro está sentindo (CHRISTO, 2017).

O transtorno de personalidade narcisista é classificado como uma desordem mental altamente prejudicial, que causa perturbação na vida da pessoa em todos os seus âmbitos prejudicando a si mesmo e as suas relações afetivas. Neste sentido é possível afirmar que: "O narcisismo de outra pessoa exerce grande atração sobre aqueles que renunciaram a uma parte do seu próprio narcisismo" (FREUD, 1914;1974, p.106) "O que ele projeta diante de si mesmo como o seu ideal é o substituto do narcisismo perdido de sua infância na qual ele era seu próprio ideal" (FREUD, 1914; 2010).

Convivendo em sociedade nos deparamos com diversas pessoas de personalidades diferentes, cada um com sua peculiaridade e excentricidade. Pessoas com transtorno de personalidade narcisista estão presentes diariamente em nossos ciclos sociais e a dificuldade de lidar com essas pessoas motivou a elaboração desse projeto. A proposta deste presente trabalho visa elucidar como identificá-las e em como desenvolver um melhor relacionamento com essas pessoas, seja no âmbito afetivo ou social, de forma que possamos colocar limites e evitar possíveis conflitos. O problema sobrevém devido à necessidade constante de aprovação que pessoas com o transtorno de personalidade narcisista possuem se tornando invasivas em suas relações interpessoais, de modo que ter um relacionamento saudável e estável com pessoas com esse transtorno parece impossível.

De acordo com Wallace e Baumeister (2002), o narcisismo clínico pode ser compreendido como um transtorno de personalidade, o narcisismo não patológico

refere-se a uma característica de personalidade, apresentada por um número significativo de indivíduos considerados “normais” e associada a custos e benefícios. O desenvolvimento libidinal no narcisismo só adquire caráter patológico a partir de certo limiar, pois, inicialmente, o desenvolvimento da libido em direção ao narcisismo primário segue uma dinâmica semelhante, isto é, independente do fato de estes sujeitos desenvolverem ou não alguma patologia no futuro (ARAÚJO, 2010).

A construção do conceito de narcisismo subverteu a primeira teoria freudiana das pulsões na medida em que o eu, passou a ser um objeto de investimento libidinal. Por outro lado, já é possível encontrar alguns dos elementos essenciais para uma teoria do narcisismo. São eles: a ideia do eu como objeto de amor, o postulado de uma identificação como base do narcisismo e, ainda, a relação deste com as escolhas amorosas (MAXWELL, 2008).

O narcisismo é indicado como uma perturbação da personalidade que vem sendo caracterizada como um investimento exagerado em sua própria imagem à custa do self. Pessoas com esse transtorno não se preocupam em como se sentem, mas sim como os modos que se apresentam, eles conseguem negar seus sentimentos que contradizem a imagem que eles querem passar para as outras pessoas, sendo extremamente concentrados em seus próprios interesses, mas em contrapartida são carentes dos valores verdadeiros do self. Sem esses valores e sentimentos do self, eles levam suas vidas como algo sem um significado plausível (LOWEM, 2017; p.5).

Segundo Lowen (2017), o narcisismo pode ser considerado como uma perda de valores humanos onde há uma ausência de interesse pelo ambiente e pelo outro. Devido a isso, pessoas com esse transtorno apresentam ausência de algumas qualidades que fazem de nós, seres humanos, empáticos. Apesar dos narcisistas demonstrarem uma falta de interesse com o outro e suas necessidades, eles também são insensíveis às próprias necessidades, tendo comportamentos autodestrutivos. Pessoas com o transtorno de personalidade narcisista amam sua imagem, mas não amam seu verdadeiro eu, sendo o narcisismo é uma condição patológica.

O objetivo principal deste artigo é fazer um levantamento da literatura sobre pessoas com transtorno de personalidade narcisista, explorando suas características e suas relações afetivas e sociais. Assim como, compreender a visão psicanalítica

freudiana a respeito do transtorno de personalidade narcisista, o conceito desenvolvido por ele acerca do tema, suas teorias e contribuições, e como elas são usadas atualmente para lidar com esse transtorno. Como são estabelecidas as relações afetivas das pessoas que sofrem com transtorno de personalidade narcisista e de que modo às pessoas com esse transtorno se relacionam no âmbito social e afetivo.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

NARCISISMO PRIMÁRIO E NARCISISMO SECUNDÁRIO

Na psicologia, o conceito de “Narcisismo” foi desenvolvido por Sigmund Freud, e ao contrário do que é pensado, Freud não o extrai do mito de Narciso, mas sim da obra de um psiquiatra chamado Paul Nacke, onde o mesmo se refere ao termo narcisismo como um comportamento pelo qual o indivíduo vê seu próprio corpo como um objeto sexual de desejo. Porém, é importante salientar a história de Narciso que é um personagem da mitologia grega, descrito como um jovem de uma beleza fora do comum, contemplado por homens e mulheres, no entanto, era retratado como arrogante e orgulhoso. Apesar de a história ter várias versões, a mais recorrente e popular cita que o jovem Narciso ao se observar no reflexo de um lago se apaixonou pela própria imagem e em uma tentativa desesperada de tocar o seu reflexo acabou morrendo afogado (VETTORAZZO, 2007).

De acordo com Vettorazzo (2007), o narcisismo, baseado na concepção de Freud, é caracterizado pela capacidade de amar e respeitar a si mesmo como um efeito do investimento amoroso do outro. O texto de 1914 nomeado de “Narcisismo: Uma Introdução” foi conduzido por Freud através de uma leitura quantitativa dos fatos clínicos e de suas respectivas experiências, da observação de alguns quadros perversos, além do homossexualismo e da vida sexual dos dois gêneros. A partir disso, Freud reconhece o narcisismo como uma etapa fundamental do processo de construção do eu, que se situa entre o autoerotismo e o amor objetal (NICEAS, 2017, p.15).

Para Barbosa, Campos e Neme (2021), o narcisismo primário é um processo natural do desenvolvimento psíquico a partir da qual o Eu é desenvolvido. Diante

disso, é destacado o narcisismo como um momento fundamental na constituição do Eu, possuindo o papel de formar ideais, função de auto conservação e de defesa. O narcisismo primário é situado logo após o autoerotismo e antes da fase de investimento em objetos. Com isso, é importante destacar a apresentação do narcisismo primário como sendo uma condição de possibilidade para emergência das relações objetais. Entretanto, é considerado que o narcisismo infantil não é completamente abandonado. Apenas é deslocado para os ideais do Eu, que irão passar a substituí-lo, garantindo assim que satisfações narcísicas aconteçam.

No artigo “Introdução ao Narcisismo (1914)”, Freud dividiu o narcisismo em dois conceitos: o narcisismo primário e o narcisismo secundário. Que são referentes a uma forma de estruturação da personalidade e etapas do desenvolvimento do ser humano, uma personalidade narcisista se estrutura pela fixação do desenvolvimento mental em etapas infantis ou em uma regressão do indivíduo em enfrentar os desafios da vida adulta (FREUD [1914], 2010).

Neste mesmo texto, Freud definiu o Narcisismo Primário como: “uma fase necessária do desenvolvimento da Libido entre o Auto Erotismo e o Amor Objetal”. Ao nascer, a criança acredita que tudo ao seu redor fazem parte dela mesma, principalmente a sua mãe, quando a criança passa a ter a percepção de si mesma e do outro, desperta o seu narcisismo primário. Segundo Freud, o narcisismo primário nada mais é do que uma transferência para a criança do narcisismo de seus pais. É exigido direto ou indiretamente que a criança recupere os privilégios que os pais foram obrigados a renunciar, fazendo-a que ocupe lugares que lhes foram perdidos (FREUD [1914], 2010).

Todavia, o narcisismo começará a se desenvolver quando os cuidados emocionais primários forem excluídos da criança quando ela está desenvolvendo a sua personalidade. Com isso, muitos pais inconscientemente não permitem a autonomia da criança, assim ela é moldada a própria semelhança dos pais. É onde acontece a maior ferida narcísica, que seria a de não ter sido amado pelo o que se era verdadeiramente (FARIA, 2003).

Para Falcão (FREUD [1914], 2014), o desenvolvimento psicosssexual do bebê não é diferenciado da pessoa que dele o cuida, sendo o funcionamento narcísico que o engloba, dando origem aos atributos que caracterizam o narcisismo primário. Através do investimento da libido que ocorrerá o desenvolvimento psicosssexual,

onde a libido do eu se transformará em libido do objeto e vice-versa, e a partir disso, as estruturas psíquicas serão formadas. É importante ressaltar que é na libido do eu que promoverá a base da satisfação e vivência narcísica, onde as sensações de desprazer e prazer vão ser promovidas. Sendo assim, o narcisismo primário como autoerotismo e o narcisismo secundário como diferenciação entre Eu e não-Eu.

Nesse sentido, “O narcisismo primário que supomos nas crianças e que contém uma das premissas de nossas teorias sobre a libido é mais difícil de apreender pela observação direta do que de comprovar através de uma inferência retrospectiva feita a partir de outro ponto” (FREUD [1914] 2010: 87). Enquanto “o narcisismo secundário será o resultado do retorno sobre o Eu dos investimentos que até então estavam depositados no objeto, mas também da modificação que este retorno promove no Eu, constituindo-se sobre a base do narcisismo primário” (FREUD [1914]; 2010a, p. 98).

Conforme Falcão (Freud, 1914; 2014), o desenvolvimento do eu acontecerá a partir do momento que houver o distanciamento do narcisismo primário em direção ao ideal do eu, por meio do deslocamento da libido. Sendo no narcisismo secundário que o eu, como reservatório libidinal, passará a se dirigir aos objetos externos. A partir disso, o amor por si mesmo que teve origem na infância onde o eu foi desfrutado pelo eu verdadeiro agora irá se dirigir ao eu ideal.

Em outras palavras, em algum momento de sua vida, este narcisismo primário é dirigido para o exterior, para um objeto, surgindo assim narcisismo secundário ou narcisismo do ego. Que corresponde à volta da libido retirada de objetos ao ego, que é caracterizada pela falta de interesse no mundo exterior, se voltando apenas para si próprio e por delírios de grandeza. A criança passa a desejar objetos externos que a satisfazem indo de encontro a eles e ao frustrar-se em seus objetivos a pulsão é recolhida novamente ao ego. Em decorrência disso, o indivíduo se torna desinteressado no outro, sendo quase incapaz de se expressar para o mundo externo fazendo-o com que isso dificulte que os outros se manifestem para ele. Freud especula que o narcisismo faz com que o indivíduo seja impulsionado por uma necessidade de autopreservação (VASCONCELLOS, 2019).

NARCISISTAS NO ÂMBITO AFETIVO E SOCIAL

Um campo de aplicação do conceito de narcisismo desenvolvido de forma bem interessante por Freud (1914) é o das escolhas amorosas: o sujeito poderia amar segundo o tipo narcísico ou por apoio. A pessoa amaria, de acordo com o tipo narcísico: O que ela própria é (isto é, ela mesma); O que ela própria foi; O que ela própria gostaria de ser; alguém que foi uma vez parte dela mesma; E em conformidade com o tipo por apoio; A mulher que alimenta; O homem que a protege, e a sucessão de substitutos que tomam o seu lugar. (CHRISTO, 2017). Todavia, os indivíduos com o transtorno de personalidade narcisista estão tão ocupados provando o seu valor e desaprovando tudo que o menos o valia que apenas não conseguem sentir todos os sentimentos positivos de estar ligado ao outro. Ou seja, eles não conseguem usufruir do resultado de seus esforços que são estimulados em si e nos outros (FARIA 2003).

Segundo Freud (1914), o desenvolvimento de uma relação amorosa narcisista surge a partir de dois modos, que seria amar o que se era no passado, visto que já não se é mais, ou amar o que se gostaria de ser por não possuir a sublimidade do objeto. Explorando a dinâmica do narcisismo individual, o líder ou ideia exerce seu domínio sobre cada sujeito em um grupo, fazendo com que se abduca a parte do narcisismo a favor da coletividade. Estar no grupo compensa esta renúncia, pois representa uma relação carregada de um forte componente narcísico, uma vez que as relações entre os sujeitos passam a se regular pela identificação ao poder de um destes elementos (CHRISTO, 2017).

Os narcisistas sentem que devem confiar em si próprios mais do que nos outros, para saciar suas necessidades. Estão persuadidos de que não podem confiar no amor ou na lealdade de ninguém. Acreditam ser autossuficientes, mas, no seu íntimo, ressentem-se de um sentimento de perda e de vazio. Os narcisistas preocupam-se em estabelecer sua competência, seu poder, sua beleza, seu status, seu prestígio e sua superioridade. Paralelamente a isso, os narcisistas desejam que os outros partilhem da alta estima que eles próprios tenham de si mesmos e que satisfaçam suas necessidades. O que espanta no comportamento dessas pessoas é a exploração dos outros. Os narcisistas vivem na ilusão de que

eles devem ser servidos, de que seus desejos têm preferência sobre os dos outros (KET DE VRIES; MILLER, 1990).

Freud aponta os caminhos traçados para o narcisista em suas escolhas amorosas, segundo ele, pessoas com esse transtorno amam sua própria imagem no outro; o que ele foi; o que ele queria ser (NICEAS, 2017; p.17). Para Faria (2003), pessoas com o transtorno de personalidade narcisista, se relacionam com quem possa reafirmar sua grandiosidade e quando não consegue transforma-las em admiradores, o narcisista perde o interesse e a ligação com elas. A questão é que o narcisista apenas consegue ter e manter um elo, quando eles veem particularidades de si refletidos no outro, e se o outro desenvolver um pouco de autonomia para ter uma opinião independente do narcisista, ele perderá o interesse.

A personalidade narcisista e a personalidade dependente estão próximas, embora que em direções opostas, mas a mesma dinâmica opera cada um, por exemplo, em relação aos críticos, o narcisista não quer contato com quem os critica já o dependente tenta agradá-los. Pessoas com transtorno de personalidade narcisista vão se preocupar com a empatia de seus pais por eles, e pessoas com transtorno de personalidade dependente vão se preocupar com a sua empatia por seus pais devido ao imenso medo de abandono. O narcisista não vai se relacionar com quem não seja autônomo, a seus olhos essa pessoa deixará de existir. Porém, para o dependente, se por ventura a relação terminar a sua própria existência ficará ameaçada (FARIA, 2003).

Um relacionamento entre um narcisista e um dependente, ambos estão focados na mesma pessoa que é o narcisista, reforçando o comportamento do dependente. Em o mito de Narciso, Eco era uma ninfa da mitologia grega que admirava a beleza do jovem Narciso sem que ele a notasse, sendo a ninfa Eco retratada como o protótipo da personalidade dependente e Narciso retratado como o protótipo da personalidade narcisista. São duas personalidades que se completam principalmente pela sensibilidade excessiva a respeito da avaliação alheia, porém é o reverso um do outro (FARIA, 2003).

De acordo com a autora, para entender mais a respeito, é necessário parafrasear a respeito da personalidade dependente. O dependente estará focado na outra pessoa, fazendo pouco por si e muito pelo o outro, diferentemente do altruísmo, o dependente faz isso, pois se considera onipotente a pessoa com

transtorno de personalidade dependente, ela necessitará manter uma falsa sensação de segurança em suas relações sociais e afetivas, para isso abrirá mão de suas necessidades com o intuito de satisfazer os outros.

Pessoas com transtorno de personalidade narcisista, são, por muitas vezes mais dispostos a chegar em um cargo de poder e é o narcisismo a força condutora que alimenta o desejo de obter uma posição de liderança, esses indivíduos impressionam os outros por sua forte personalidade, podendo agir facilmente como verdadeiros líderes. Ao estudar as relações de líderes e subordinados, Freud confirmou que o líder narcisista é a própria natureza dominadora, seguro de si e independente. No âmbito organizacional, o narcisista ocupará uma posição de liderança, alcançando cargos de poder, onde serão por muitas vezes arrogantes com quem estiver em uma posição inferior à deles (KET DE VRIES; MILLER, 1990).

Os narcisistas buscam confiar em si próprios mais do que nos outros, para conseguir saciar suas necessidades, acreditam que não podem confiar na lealdade de ninguém. São autossuficientes, mas, em seu íntimo, possui um sentimento de vazio e perda. E para mascarar suas inseguranças, os narcisistas buscam estabelecer sua competência, status e prestígio. Em contrapartida, necessitam de que os outros satisfaçam suas vontades, vivendo na ilusão de que eles devem ser servidos, de que seus desejos são mais importantes do que os desejos dos outros (KET DE VRIES; MILLER, 1990).

METODOLOGIA

Para obter os resultados e respostas acerca da problematização apresentada neste trabalho, foi utilizado o método de pesquisa documental partindo de uma revisão integrativa da literatura composta pelos principais autores, psiquiatras e psicólogos adeptos da abordagem psicanalítica, para isso, foi-se necessária utilizar de uma abordagem qualitativa, com ênfase no estudo documental. Segundo Carvalho, Silva e Souza (2010), a revisão integrativa é uma metodologia que proporciona a súpula de conhecimento e a integração da aplicação de resultados de estudos significativos na prática, apresentando as questões relevantes a serem consideradas para a utilização desse recurso metodológico.

Para Soares (2020), a pesquisa qualitativa é caracterizada pelo desenvolvimento de fatos e ideias, tendo como base o entendimento interpretativo a partir dos dados que foram encontrados, sendo de caráter exploratório e subjetivo, visando à observação direta, entrevistas e análise de documentos e textos. Sendo a pesquisa qualitativa um modelo que se forma além do esperável, mensurável e informativo, assim o método qualitativo, vai do descobrimento à compreensão dos fatos.

Para Pope e Mays (2005), a pesquisa qualitativa é vinculada as vivências e aos significados que são atribuídos pelas pessoas e como elas os compreendem. Segundo os autores, além da pesquisa qualitativa ser útil como o primeiro estágio para uma pesquisa quantitativa, possui também a função de desempenhar sua validação e, além disso, oferece uma nova perspectiva a respeito dos mesmos fenômenos estudados.

Segundo Kitto, Chesters e Grbich (2008), existem alguns critérios operacionais que são fundamentais para classificar um trabalho como pesquisa qualitativa, são eles: O objetivo da pesquisa deve estar definido e sendo retratado de forma clara; Explicação de qual técnica foi utilizada para a elaboração da pesquisa; Possuir um rigor avaliativo para a escolha do tema, o método utilizado relacionando com os resultados da pesquisa; O artigo deve ser escrito em linguagem científica; A mensagem proposta pelo artigo deve ser retratada de maneira clara e concisa; Sendo necessário o uso de um embasamento teórico e metodológico para a elaboração do artigo em questão.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No presente artigo desenvolvido, buscou-se fazer um levantamento da literatura, procurando compreender as teorias e contribuições da psicanálise acerca do transtorno de personalidade narcisista. Realizado e desenvolvido no período de 01 de abril até o dia 15 de novembro de 2021, tendo como duração total de sete meses. Durante sua execução foram realizadas leituras em revistas e artigos científicos compostos pelos principais autores, psiquiatras e psicólogos adeptos da abordagem psicanalítica.

Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa da literatura a partir das bases de dados do Google Acadêmico e Scielo, através dos descritores “Transtorno de Personalidade Narcisista” “Introdução ao Narcisismo” “Narcisismo e Relações Afetivas”, também foi utilizados livros acadêmicos para a realização deste trabalho. Tendo como critérios de inclusão, artigos que foram publicados em português, inglês e artigos na íntegra que pudessem retratar a temática proposta, tendo como critérios de exclusão os artigos que não obedeceram aos critérios de inclusão.

Este artigo apresenta um introdutório a respeito do que é o narcisismo conforme estudos de teóricos adeptos da abordagem psicanalítica Freudiana. Com base nisso, visou abordar a respeito do transtorno de personalidade narcisista e de que maneira suas relações afetivas são estabelecidas. Tal estudo se faz necessário devido a pouca produção científica sobre o assunto, apesar de ser um vasto campo para pesquisas tanto quantitativas quanto qualitativas, não se encontra um número considerável de estudos a respeito.

Este trabalho foi constituído por dezessete artigos científicos. A partir dos critérios de inclusão estabelecidos previamente foram selecionados seis artigos encontrados na base de dados do Google Acadêmico e Scielo. O quadro 1 representa as especificações de cada um desses artigos.

QUADRO 1 – Resultados da Pesquisa.

Autores	Objetivo Geral	Resultados	Ano	Revista/ Artigo
FALCÃO, L.	Mostrar a importância do caminho pulsional para a diferenciação entre Eu e o outro.	Conclui que o narcisismo secundário não existe sem o narcisismo primário e de que sem narcisismo não há o ser humano.	2014	Revista Brasileira de Psicanálise
FARIA, L.	Salienta-se a importância do entendimento do Narcisismo. Existindo uma complementaridade entre a personalidade narcisista e a personalidade co-dependente.	Relata-se o mito de Narciso e Eco, que mostra uma clara relação co-dependente entre seus sujeitos.	2003	Faculdade de Ciência da Saúde - FACS
FREUD, S.	Introdução ao Narcisismo	De que há narcisismo primário e normal e narcisismo secundário e patológico.	1914	Companhia das Letras

MARTELLO, A.	O conceito de Narcisismo segundo Freud.	Discorrer a respeito do livro de 1914 de Sigmund Freud sobre Narcisismo.	2019	ISEPOL
MAXWELL.	O conceito de narcisismo em Freud e alguns de seus destinos	Discutir sobre os conceitos de narcisismo seguindo o percurso de Freud.	2008	PUC-RIO
NOBRE, T. L.	Correlação entre o narcisismo e a melancolia, enfatizando, principalmente, a gênese e os sintomas desta patologia.	A clínica da melancolia apresenta como possibilidade de suscitação no analista um desejo onipotente de “salvação” do ego do paciente da angústia gerada pela acídia e pelos movimentos característicos da pulsão de morte.	2014	
VETTORAZZO, H.	Especificar dentro do referencial psicanalítico a noção de narcisismo e coloca-la em movimento a partir de seu emprego tanto na teoria como na prática psicanalítica.	A condição narcísica está, para o autor, na base das relações amorosas de objeto, transmitido e identificado sob a forma dos ideais para o Eu.	2007	Instituto Sedes Sapientiae

Fonte: Dados da pesquisa.

Partindo do pressuposto de que os autores destacados no quadro acima utilizaram como base para o desenvolvimento e elaboração dos seus respectivos artigos, o texto de 1914 escrito por Sigmund Freud nomeado de: “Introdução ao Narcisismo”. Pode-se assim dizer que todos os autores citados são adeptos da abordagem psicanalítica freudiana e reconhecem a importância de Freud para o estudo inicial acerca do narcisismo em si e para o entendimento do transtorno de personalidade narcisista.

Para Maxwell (2008), um dos principais motivos que levou Freud a escrever o artigo de 1914 foi para responder à crítica que Jung havia lhe feito quanto à insistência em prevalecer o fator sexual para explicar o funcionamento psíquico, sendo neste trabalho que pela primeira vez, é estabelecido uma relação entre as pulsões sexuais através da noção de apoio. Com isso, para o autor, é a partir de então que Freud aprofunda esta perspectiva e introduz o narcisismo como um conceito.

Segundo o autor citado acima, é afirmado que Freud para desenvolver o conceito de narcisismo ele toma como referência suas observações sobre esquizofrenia e a saúde mental das crianças e de povos primitivos. Sendo a atitude narcisista em neuróticos uma resistência transferencial intensa. Na esquizofrenia acontece à retirada da libido do mundo externo para o eu, na neurose a libido que será retirada dos objetos será investido os objetos da fantasia.

Dando seguimento ao conceito de narcisismo segundo Freud, podemos citar Ándrea Martello (2019) que em seu artigo nomeado de “O conceito de Narcisismo”, traz trechos do texto original escrito por Freud em 1910, onde o narcisismo é pensado como forma de esclarecer escolhas homossexuais, trazendo como consequências o fato de que o próprio ego é tomado para a escolha do objeto. Porém, um ano após a sua publicação, é encontrado a definição de narcisismo como sendo uma etapa para o desenvolvimento que confluíam as pulsões sexuais, parciais e auto eróticas (MAXWELL, 2008).

Para Nobre (2014), Freud indica de que o narcisismo da criança manifesta-se a partir do narcisismo dos pais, com isso, os pais projetam seus próprios narcisismos no filho e o mesmo se identifica com eles. Sendo importante observar que Freud, neste momento, diferencia entre o que acontece com o ego ideal e o ideal do ego. O ego ideal surge a partir de um investimento narcísico e ao crescer se deparando com as críticas, terá que constituir uma nova forma mais próximo do conceito de ideal do ego. Deste modo, os momentos primitivos estariam ligados ao o ego ideal e o ego ideal comprova o acesso às questões da cultura e à organização da civilização.

De acordo com Vettorazzo (2007), o narcisismo na concepção de Freud, é caracterizado pela capacidade de amar e respeitar a si mesmo como efeito da investidura amorosa do outro. Para se amar é preciso conseguir estimar-se. Visando este sentido o autor considera importante o quê a função narcisante materna determina, onde acontece a renúncia da mãe para com o filho enquanto objeto de satisfação pulsional fornecendo as bases da renúncia pulsional.

Vettorazzo (2007), concluiu que sem narcisismo haverá desenvolvimento do superego, pois para amar e respeitar o outro, é preciso amar e respeitar a si próprio. Tal condição indica que o amor a si e ao objeto esteja marcado por preceitos éticos. Com relação a essa condição, o autor acredita ser importante, a escuta e a apreensão dos mandatos que regem o eu em suas oscilações entre o eu ideal e os

ideais do eu. A condição narcísica estará como base das relações amorosas transmitidas e identificadas sob a forma dos ideais para o eu.

Falcão (2014), concluindo de que é na libido do eu que promoverá a base da satisfação e vivência narcísica, onde as sensações de desprazer e prazer vão ser promovidas. Sendo assim, o narcisismo primário como autoerotismo e o narcisismo secundário como diferenciação entre eu e não-eu. Pois o bebê não consegue diferenciar a si da pessoa que dele o cuida, pois o funcionamento narcísico abrange esse bebê. Seu desenvolvimento psicosssexual acontecerá a partir do investimento da libido do eu em libido do objetivo. Conclui também que o narcisismo secundário não existe sem o narcisismo primário e de que sem narcisismo não há o ser humano.

Faria (2003) determinou de que o transtorno de personalidade dependente é, basicamente, depender da dependência do outro. Onde o narcisismo não é causa e nem precede a dependência. Dessa forma, pessoas com transtorno de personalidade dependente podem ser vistos como protótipo de como algumas pessoas são capazes de tolerar, e até mesmo procurar relacionamentos adoecidos com parceiros narcísicos.

Para Faria (2003), o DSM IV especifica que o transtorno de personalidade narcisista começa na vida adulta onde há um sentimento grandioso da própria importância; preocupação com fantasias de ilimitado sucesso e poder; exigência de admiração excessiva; possui expectativas irracionais de receber um tratamento especialmente favorável e obediência automática às suas expectativas; são pessoas que tiram vantagens de outros para atingir seus próprios objetivos; há ausência de empatia; dificuldade de reconhecer as necessidades alheias; sentem e acreditam serem alvos da inveja alheia; possuem comportamentos e atitudes arrogantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para realização deste trabalho, fez-se necessário retomar as ideias de Sigmund Freud e de outros médicos psiquiatras, psicólogos e pesquisadores que fossem adeptos da abordagem psicanalítica, com a finalidade de compreender a respeito da temática abordada. Foi imprescindível entender primeiramente o conceito de narcisismo, por conseguinte, ser capaz de identificar e distinguir o que é

narcisismo primário e o que é narcisismo secundário para só então adentrar ao transtorno de personalidade narcisista e em como são estabelecidas suas relações afetivas.

Pode-se dizer que o narcisismo é um dos campos de pesquisas mais evidentes no atual momento, devido ao fato da nossa sociedade viver na “era do narcisismo”, onde as condutas dos indivíduos estão sempre voltadas para si próprias. Em razão da popularização das redes sociais e das “selfies”, são construídos “mundos” perfeitos no quais são montados e manipulados cuidadosamente os melhores momentos para serem captados e compartilhados entre si, como estímulos para a ausência de empatia e foco restrito ao próprio ego.

Porém, é importante observar que, apesar de ser um campo vasto para pesquisas ainda não há uma quantidade significativa de pesquisas quantitativas publicadas a respeito da temática. Quanto ao transtorno de personalidade narcisista, ainda não é apresentado um campo maduro para a realização de pesquisas qualitativas específicas, visto que não há uma quantidade significativa de estudos disponíveis na literatura onde deveriam ser investigadas suas relações afetivas. Porém a respeito do transtorno em si, é possível encontrar estudos na literatura que fazem um introdutório a respeito.

A atuação do psicólogo no atendimento a pacientes com transtorno de personalidade narcisista tem como objetivo principal em seu tratamento o de auxiliá-los a estabelecer novos modelos de relacionamentos sociais saudáveis, visto que pacientes com esse transtorno buscam a terapia em razão de estarem com bloqueios em seus relacionamentos afetivos e sociais sendo dessa forma apresentado, para eles, uma ameaça direta a sua autoestima.

Tendo em vista os objetivos que foram apresentados inicialmente, por meio desse trabalho foi-se possível compreender a visão psicanalítica freudiana a respeito do transtorno de personalidade narcisista, também como o seu conceito que fora desenvolvido por Freud acerca do tema e em como suas teorias e contribuições para a psicologia são usadas atualmente para lidar com esse transtorno.

É importante que seja feito estudos futuros acerca do tema, para que fique cada vez mais solidificado o campo de pesquisas qualitativas e quantitativas acerca do tema. Podendo ser realizado cada vez mais relatos clínicos acerca dos processos terapêuticos para que sejam publicados e sirva de exemplo para população em

geral.

Dessa forma, conclui-se que o presente trabalho trouxe maiores conhecimentos não apenas sobre o transtorno de personalidade narcisista, mas também sobre o narcisismo em si. Diante do exposto conclui-se que o objetivo do trabalho foi alcançado, pois foi realizado o levantamento da literatura a respeito da temática, juntamente com a visão psicanalítica sobre o tema. Espera-se que o trabalho apresentado possa auxiliar pesquisadores quantitativos a conduzirem suas pesquisas com maior precisão a respeito da metodologia e com melhores possibilidades de aceitação para publicações em revistas científicas.

REFERÊNCIAS

- ABCMED, **Personalidade narcisista - como ela é?**. 2017. Disponível em: <https://www.abc.med.br/p/psicologia-e-psiquiatria/1295373/personalidade-narcisista-como-ela-e.htm> Acesso em: 31 mai. 2021.
- ARAÚJO, M. **Considerações sobre o narcisismo**. Belo Horizonte. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-34372010000200011 Acesso em: 31 mai. 2021.
- BARBOSA, C. G.; CAMPOS, E. B.; NEME, C. M. **Narcisismo e desamparo: algumas considerações sobre as relações interpessoais na atualidade**. Psicol – USP. 2021.
- CARVALHO, R.; SILVA, M. D.; SOUZA, M. T. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**. 2010; 8(1 Pt 1):102-6.
- CHRISTO, F. **Narcisismo e alguns de seus reflexos nas subjetividades**. Belo Horizonte. 2017. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUOS-APENBM/1/felipe_azevedo_mono_27_04_vf.pdf. 31 mai. 2021.
- FALCÃO, L. **Cem anos de Narcisismo: quem da psicanálise e além de Freud**. 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbp/v48n3/v48n3a05.pdf> Acesso em: 01 out. 2021.
- FARIA, L. S. **A natureza das relações co-dependentes sob o enfoque bio-psico-social**. Faculdade de Ciências da Saúde, 2003. Disponível em: <https://repositorio.uniceub.br/jsui/bitstream/123456789/2811/2/9813357.pdf> Acesso em: 20 Nov 2021.
- FREUD, S. **Introdução ao narcisismo**. São Paulo: Companhia das Letras. (1914/2010). Acesso em: 25 mai. 2021.
- KETS DE VRIES, M; MILLER, D; “Narcisismo e liderança: uma perspectiva de relações de objetos” Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/7GJT9DGWwwSptCV6vhVXNsf/> Acesso em: 18 set. 2021.
- KITTO, S. C., CHESTERS, J. E., & GRBICH, C. Quality in qualitative research: criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles. **The Medical Journal of Australia**. Medical Journal of Australia, 2008.

KLAUTAU, P. **Sobre o narcisismo como campo de pesquisa: variações da técnica psicanalítica e desdobramentos clínicos.** *Ágora* (Rio J.). 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/agora/a/iHwYGTMGnckMK7FTrZPnZ7r/?lang=pt> Acesso em: 05 Nov. 2021.

LACAN, J. **O estádio do espelho como formador da função do eu,** in *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1966/1998.

LOWEN, A. **Narcisismo: A negação do verdadeiro self** – São Paulo: Summus Editorial, 2017.

MARTELLO, A. **O conceito de narcisismo.** Sobre o narcisismo: uma introdução (1914). Disponível em: <http://www.isepol.com/pdf/SOBRE%20O%20NARCISISMO.pdf> Acesso em: 25 mai. 2021.

MARUCCO, N.C. Édipo, castração e fetiche: uma revisão da teoria psicanalítica da sexualidade. **Rev. Bras. de Psicanálise**, vol. XXX, 1996, pp. 547-553 Acesso em: 15 set. 2021.

MAXWELL. **O conceito de narcisismo em Freud e alguns de seus destinos.** PUC – Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/11780/11780_3.PDF Acesso em: 18 set. 2021.

NICÉAS, C. **Para ler Freud – Introdução ao Narcisismo: O amor de si.** Civilização Brasileira; 1 edição. 2017.

NOBRE, T. **A questão do narcisismo na melancolia.** 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v15n1/02.pdf> Acesso em: 18 set. 2021.

POPE, C; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 2ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118 p.

SILVEIRA S. L. **Posição do estádio do espelho na teoria lacaniana do imaginário.** *Rev. Dep. Psicol. UFF* 17(1). Junho 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-80232005000100009> Acesso em: 05 Nov. 2021.

SOARES, S. J. **Pesquisa científica: uma abordagem sobre o método qualitativo.** *Revista Ciranda, [S. l.]*, 3(1), p. 1–13, 2020.

VETTORAZZO, H. **O espelho, no mito de Narciso, em Machado de Assis e em Guimarães Rosa** São Paulo, 2007.

WALLACE, H. M; BAUMEISTER, R. F. The Performance of Narcissists Rises and Falls with Perceived Opportunity for Glory. **Journal of Personality and Social Psychology**, 2002. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2002-12575-010>

AMOR PATOLÓGICO E FATORES PSICOSSOCIAIS: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Flavia Roberta Nunes de Lima¹
Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva²

RESUMO

O amor patológico ainda é um tema pouco estudado cientificamente, o que o torna passível de ser examinado com mais profundidade afim de se descobrir novas relações de causalidade e de comportamentos existentes. Diante disso, o objetivo principal deste trabalho foi o de identificar, por meio da metodologia de revisão integrativa de literatura, os principais fatores que contribuem para a existência de amor patológico entre homens e mulheres. Foram selecionados 7 estudos dos últimos 15 anos da base do Google Acadêmico (scholar.google.com.br). Estes estudos foram selecionados partir de critérios pré-estabelecidos pela metodologia. Foi evidenciado que o amor patológico possui variáveis contribuintes como: maior escolaridade, necessidade de atendimento, nível de satisfação com o relacionamento, preenchimento das expectativas e problemas de apego. Um dos principais fatores do amor patológico, identificado nos trabalhos analisados, foi o apego inseguro durante a infância, além de fatores sociais existentes entre homens e mulheres. Destaca-se que pessoas capazes de desenvolver estilos de apego seguro, são mais propícias de manter compromissos, dão condições para a privacidade em uma relação, e possuem mais capacidade em desenvolver uma relação sexual mais relaxada. Diante disso, conclui-se que a metodologia utilizada nesta pesquisa permitiu se chegar aos principais fatores causadores do amor patológico.

Palavras-chaves: Amor patológico; Relações dependentes; Apego; Homem e mulher; Revisão integrativa.

ABSTRACT

Pathological love is still a subject that has not been scientifically studied, which makes it subject to further examination in order to discover new causal relationships and existing behaviors. Therefore, the main objective of this work was to identify, through the methodology of integrative literature review, the main factors that contribute to the existence of pathological love between men and women. Seven studies from the last 15 years were selected from the Google Scholar database (scholar.google.com.br). These studies were selected based on criteria pre-established by the methodology. It was evidenced that pathological love has contributing variables such as: higher education, need for care, level of satisfaction with the relationship, fulfillment of expectations and attachment problems. One of the main factors of pathological love, identified in the studies analyzed, was the insecure attachment during childhood, in addition to social factors existing between men and women. It is noteworthy that people capable of developing secure attachment styles

1 Graduanda do curso de Psicologia UNIESP. E-mail: .

2 Professora Orientadora do curso de Psicologia do UNIESP. Email: evelynsaraiva@hotmail.com.

are more likely to maintain commitments, provide conditions for privacy in a relationship, and are more capable of developing a more relaxed sexual relationship. Therefore, it is concluded that the methodology used in this research allowed reaching the main causative factors of pathological love.

Keywords: Pathological love; Dependent relationships; Attachment; Man and woman; Integrative review.

INTRODUÇÃO

O termo amor contém uma grande variedade de definições e significados, podendo representar desde o sentimento que atrai e une as pessoas, afeto ou ligação pessoal até ações que visam a benevolência, carinho e simpatia. Isso contribui para entender que há diferentes tipos e definições para o que se entende por amor.

O amor pode ser caracterizado com uma emoção agradável que dá acesso a um estado que tranquiliza a pessoa emocionalmente. Isso permite a existência de um sentimento de felicidade entre duas ou mais pessoas. O filósofo dinamarquês Søren A. Kierkegaard, entendia o amor como uma condição da relação entre quaisquer indivíduos, onde amar a Deus verdadeiramente era como amar a si mesmo (JUNIOR; SANTIN, 2013).

Quando a relação entre os indivíduos deixa de ser equilibrada, passando a existir algum tipo de ameaça, há o surgimento do ciúme que é caracterizado como uma forma de defesa e proteção da relação. Quando este ciúme passa a assombrar e a assumir aspectos de perseguição, há o surgimento de amor patológico. Para Silva (2002), o amor patológico se desenvolve quando as amarras de um passado longínquo se tornam imprescindíveis para a sobrevivência psíquica, impossibilitando este a traçar novos caminhos. Com isso, as ligações de submissão e dependência que surgem estão relacionadas ao desespero do sujeito e ao medo da perda do outro, situações essas desenvolvidas no passado.

De acordo com Sophia (2008), o amor patológico é considerado um comportamento em que as pessoas dão atenção ao seu parceiro de maneira reiterativa e destituída de controle. Em um relacionamento trata-se de algo a ser pesquisado e analisado sob a perspectiva de alguns fatores, tais como: personalidade, satisfação, impulsividade, tipo de apego, entre outros. Além disso, é importante citar os ciúmes como um dos componentes do amor patológico. Para

Sophia, Tavares e Zilberman (2007), assim como ocorre no AP, no ciúme patológico existe uma difícil distinção do que é normal e o que é patológico, sendo o medo e a perda do outro uma das principais razões para que ocorra o ciúme patológico.

Dentre tantas finalidades possíveis para o amor, é possível destacar um que é comum aos seres humanos, que é a tendência a se unir ao outro. Trata-se de um desejo de possuir um ao outro de forma contínua, de modo que um se complete no outro. A partir destas considerações é possível destacar que Platão diferenciou o amor em “amor possessivo” ou “complementar”. O primeiro é aquele que persegue o outro, que assume uma posição de posse. É um amor que se equipara ao amor que o lobo sente pelo cordeiro como um “objeto a ser devorado” (FRANCO, 2008). Por outro lado, a um tipo de amor que se contenta com a contemplação, que liberta indivíduo do sofrimento e que o conduz a uma experiência que verdadeira.

Apesar de ser um tema que já possui alguns trabalhos publicados, o tema ora pesquisado, ainda não foi exaustivamente pesquisado e apresentado a partir da opinião de autores e pesquisas, fato que motiva uma revisão integrativa da literatura sobre o tema amor patológico e distâncias existentes entre um amor saudável e o adoecimento psíquico. Mesmo com trabalhos publicados em âmbito nacional e internacional, o conhecimento científico necessita de pesquisadores que se proponha a debater e discutir os temas que de ora são considerados consolidados. Porém, é de a natureza científica avaliar e reavaliar questões científicas e conceituais para que nossos conhecimentos sejam produzidos.

A necessidade de elaboração de um trabalho tratando do amor patológico também se deu devido as observações dos problemas causados por pessoas que apresentam um quadro de Amor Patológico. Sendo neste caso, importante investigar o tema por meio da utilização de literaturas publicadas sobre o tema. Compreender os dramas, angústias e sofrimentos que consomem a qualidade de vida das pessoas, e a possibilidade de enxergar saídas para o problema, foi um dos anseios e necessidades deste trabalho. Neste sentido, o objetivo principal deste trabalho foi o de identificar, por meio de estudos bibliográficos, os principais fatores que contribuem para a existência de amor patológico entre homens e mulheres.

Os objetivos específicos desta pesquisa foram: elaboração de uma discussão teórica acerca das definições e caracterização do Amor Patológico; construção de

um quadro geral da patologia a partir da contribuição de diversos autores e descrição dos fatores que contribuem para a existência de um Amor Patológico.

Após apresentar um breve panorama da temática alvo do presente trabalho, o amor patológico com seus conceitos, história, autores clássicos, características e origens, em seguida, a Psicologia se colocou como pano de fundo para tentar responder à pergunta-chave que conduziu esta investigação: quais são os principais fatores psicossociais que contribuem para a existência de amor patológico entre homens e mulheres?

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Um sentimento que permeia a história da evolução e das relações humanas é o amor. Trata-se de uma emoção que é alvo de pesquisas e de produções textuais de diversos autores, filósofos, que enfocam este sentimento a partir de uma perspectiva otimista, tais como Kant e Byron, ou pessimista, como Goethe e Schopenhauer (BUTION; WECHSLER, 2016).

Com relação ao sentimento do amor, Serrão e Justi (2019) afirmam que é a variável mais importante na equação da vida afetiva entre duas pessoas. Uma boa relação entre o casal deve estar centrada no auxílio entre ambos, no respeito, confiança, gostos, desejos, humor, entre outros. Já para Carvalho (2017), um relacionamento saudável é caracterizado como aquele que promove o bem-estar do casal por meio de uma parceria sentimental e respeitosa, sem individualismo e nem abnegação total de si em favor do outro.

Para Lozano (2020) o amor em uma relação, constitui-se em três importantes dimensões: predisposição, exclusividade e afiliação. De maneira geral, o amor é considerado um conceito popular que remete ao estabelecimento de vínculos emocionais com alguém ou com um determinado objeto. Neste caso, o amor seria acompanhado de um comportamento amoroso e de estímulos sensoriais e psicológicos característicos.

Estima-se que este sentimento pode ser considerado uma das maiores conquistas do ser humano, ou seja, uma conquista que exemplifica a capacidade humana de respeitar as diferenças existentes no outro. Neste contexto, o amor possibilita que um casal venha a se comprometer mutuamente, ao criar um profundo

vínculo entre eles. Independente a teoria explicativa utilizada, há consenso de que a qualidade conjugal é multidimensional, ou seja, resulta de um processo dinâmico onde cada cônjuge tem uma avaliação do nível de qualidade que experimenta em sua união (RIZZON; MOSMANN; WAGNER, 2013). No entanto, diante da complexidade deste conceito, faz-se necessário conhecer brevemente alguns marcos da história da humanidade em que se destacou a mudança de concepção do amor. Trata-se, portanto, de um tema que possui diferentes abordagens literárias, filosóficas e artísticas.

A interpretação e construção do conceito de amor perpassou por milhares de anos e períodos da história do desenvolvimento humano. Com o advento do Cristianismo, por exemplo, a noção de amor foi redefinida e entendida como uma relação que deveria ser estendida a todas as pessoas no sentido de uma relação de proximidade. O amor também foi entendido como um mandamento divino (ágape, em latim) (ALMEIDA, 2017). Almeida (2017) ainda afirma que

[...] a concepção do amor sofreu muitas mudanças ao longo da História. E, a partir desse apanhado de ideias anteriores, veremos como se chegou a uma concepção contemporânea do amor. Como pode ser observada a união que associa amor, sexualidade e casamento é o resultado de uma gama muito ampla de fatores que estão continuamente sendo reinventados pelas configurações de relacionamento afetivo- sexual de cada momento histórico (p.56).

Ao saber sobre as diferentes mudanças da concepção do amor ao longo da história, é possível afirmar que os significados e conceitos relacionados ao amor continuam seu processo de evolução, mesmo nos dias atuais. Por conseguinte, aqui que consideramos de amor patológico poderá ser reformulado e/ou reinventado a depender o estágio de desenvolvimento do homem e da própria humanidade. Neste sentido, ao debater sobre o amor no casamento é preciso destacar a necessidade de existência do chamado amor-sexual e amor-paixão. Tratam-se de pré-requisitos que surgiram a partir da Idade Moderna, configurando-se como uma nova ordem aos afetos e aos relacionamentos conjugais.

O amor para Sartre, pressupõe não somente a capacidade de uma pessoa de acolher e satisfazer o outro, mas de estar sensível para vivenciar as angústias da incerteza da satisfação e a possibilidade de nunca preencher por complexo o vazio da existência (SARTRE, 1997 *apud* ALMEIDA, 2017). Almeida (2017) também

afirma que o amor é considerado um conceito popular que remete ao estabelecimento de vínculos emocionais com alguém ou com um determinado objeto. Neste caso, o amor seria acompanhado de um comportamento amoroso e de estímulos sensoriais e psicológicos característicos.

Estima-se que este sentimento pode ser considerado uma das maiores conquistas do ser humano, ou seja, uma conquista que exemplifica a capacidade humana de respeitar as diferenças existentes no outro. Neste contexto, o amor possibilita que um casal venha a se comprometer mutuamente, ao criar um profundo vínculo entre eles. Independente a teoria explicativa utilizada, há consenso de que a qualidade conjugal é multidimensional, ou seja, resulta de um processo dinâmico onde cada cônjuge tem uma avaliação do nível de qualidade que experimenta em sua união (RIZZON; MOSMANN; WAGNER, 2013).

Ao longo da história da humanidade é comum encontrar discussões e definições acerca do que é “amor”. Porém, somente no século XX que este tema passa a ter um olhar científico. Para Neves (2007) o “amor” é tratado como um tema abstrato, enigmático e por vezes, de difícil observação sistemática. Essa dificuldade contribuiu para que alguns considerasse este tema como sendo *acientífico*.

Ao se dedicar com exclusividade a alguém, o indivíduo é capaz de deixar de lado os seus próprios interesses e desejos. Esse é geralmente um padrão de relacionamento aprendido na infância, onde as mulheres que passam por experiências contínuas de desamparo, muitas vezes, na iminência de sentir que serão abandonadas, desenvolvem comportamentos afim de evitar o abandono real ou imaginário (BOSCARDIN; KRISTENSEN, 2011). Destaca-se que o ser humana possui algumas necessidades básicas que precisam ser supridas, são elas: vínculos seguros com outros indivíduos; competência e sentido de identidade; liberdade de expressão; espontaneidade e lazer; limites realistas, autonomia, autocontrole e necessidades e emoções válidas (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2008).

Para Boscardin e Kristensen (2011), o Amor Patológico (AP) pode ser considerado um transtorno que acomete com mais frequência as mulheres, por estas valorizarem mais a relação à dois e tudo o que está envolve e representa. Neste tipo de transtorno, o indivíduo é dependente do amor do parceiro, sendo capaz de fazer tudo para não correr o risco de perder o amor do seu parceiro (a). Para Santos (2017), o amor é considerado um sentimento primitivo, tendo

experiências tão diferentes, tais como: ternura, apego, paixão, posse, obsessão, amizade, ciúme, atração sexual, entre outros.

Tavares e Costa (2020) ao analisar o discurso científico do amor patológico levantam o questionamento sobre a possibilidade ou não do amor vir a ser uma doença. O amor é tratado como uma problemática desde a Grécia Antiga quando textos filosóficos já se dedicavam a analisar o amor, seus excessos e as maneiras mais adequadas para uma pessoa se relacionar. Neste sentido,

Ao aprofundar a compreensão do debate com leituras de reportagens e dos artigos publicados no decorrer dos últimos anos, algumas reflexões vêm à tona. Ao que parece, o que está em jogo na discussão do amor patológico e do *love addiction* não é o amor e nem o vício em si, mas, sim, o sofrimento que o vício amoroso causa (TAVARES; COSTA, 2020 p. 145).

Ao discutir sobre o sofrimento que o vício amoroso pode causar, logo também as pesquisas abrem espaço para o apontamento de alternativas ou ideias que possam contribuir para o bem-estar das pessoas por meio de uma experiência amorosa saudável.

Para Dowling (2002), o relacionamento com dependência ocorre quando o indivíduo renuncia à própria identidade em favor de uma identidade amalgamada pelo medo de ficar só. Para este autor são as mulheres as que mais contribuem para perpetuar este tipo de situação. Esta mesma autora utilizou o termo “Síndrome da Boa Mulher” para descrever as mulheres que devotam toda a sua vida para manter o relacionamento conjugal intacto, não aparentando sofrimento algum por este tipo de relacionamento. Lozano (2020) considera a dependência emocional como,

[...] um comportamento inadequado que a pessoa demonstra para com ela e/ou outros, caracterizada por uma necessidade emocional, onde ele vivencia uma situação confusa, atingindo altos níveis de sofrimento, idealização do parceiro e afastamento de amigos e familiares, apresenta irresponsabilidade em suas atividades laborais. Essas características são comportamentos dependentes que ocorrem durante o namoro ou casamento, têm peculiaridades que lembram apego ansioso (LOZANO, 2020 p.29)

Dentro da dependência emocional, Montoya (2019) afirma que se pode encontrar crenças distorcidas sobre nós mesmos e sobre a relação que temos com os outros, como crenças sobrevalorizadas da amizade, intimidade e da interdependência. Fabeni et al. (2015), ao falar sobre a codependência diz que,

A codependência seria assim uma disfunção comportamental na qual o indivíduo perde sua identidade em função de agradar os outros para buscar recompensa, de forma que a pessoa tem dificuldade de entrar em contato com seu próprio mundo interno, passando então a viver para cuidar e controlar o outro. A codependência e o transtorno da personalidade dependente encaminham para a compreensão da dependência afetiva. A pessoa com dependência afetiva, com personalidade dependente e o codependente vivem uma relação conflituosa, visto que, esses relacionamentos iniciam com uma sensação de bem-estar, no entanto, com o passar do tempo um dos parceiros, sente-se cada vez mais dependente do cuidado e apoio do outro (FABENI et al. 2015 p.42).

De acordo com Riso (2014), quando existe apego afetivo, pode-se configurar um quadro de dependência afetiva, onde a adesão e a subordinação, que caracterizam o estilo dependente, passam a fazer parte do cotidiano do casal. Para Faur (2012), o sujeito dependente se caracteriza por concentrar esforços para agradar uma outra pessoa, em detrimento das demais. Este mesmo autor caracterizou os principais sintomas de uma relação dependente, a saber: obsessão, controle, tolerância, abstinência. Serrão e Justi (2019), descrevem estes sintomas no quadro 1.

Quadro 1 – Sintomatologia das relações dependentes

Sintoma	Descrição
Obsessão	O pensamento sobre a relação invade tudo. A relação e o outro passam a ser o centro da vida de uma forma constante e patológica.
Controle	A relação está sob o microscópio: e estudada, analisada, leem-se livros, consultam-se astrólogos para prever o futuro da relação.
Tolerância	Cada vez são necessárias mais provas e demonstrações de amor, enquanto o outro fica a cada dia mais esquivo e distante. Começa a aparecer a sensação de que nada é suficiente.
Abstinência	Angústia intensa, ataques de pânico, insônia e perda de apetite. Tudo isso leva a que se faça qualquer coisa, portanto que a relação não termine.

Fonte: Serrão e Justi (2019 p.103).

O amor obsessivo citado no quadro 1 surge em um cenário de paixão, crescente sedução e emotividade. Para Forward e Buck (1993), o amor obsessivo tem muito pouco a ver com o amor, mais sim o anseio de querer algo que não tem. Mesmo quando o sujeito está em um relacionamento, o sentimento é de que este relacionamento não é o suficiente. O controle também é outra variável que pode caracterizar as relações dependentes. Enquanto que para alguns controlar pode ser considerado normal e até uma forma de cuidado, outros consideram que este tipo de atitude pode ser sufocante.

Em relacionamentos dependentes a intolerância tende a ser comum. As constantes provas de amor requeridas por uma das partes de um relacionamento podem causar um efeito contrário ao que foi inicialmente desejado, podendo implicar em um distanciamento e rejeição amorosa (SERRÃO; JUSTI, 2019). Quando as provas requeridas não são atendidas, há uma tendência ao aparecimento da abstinência, onde o sujeito poderá fazer qualquer coisa para que o relacionamento não termine. Bornstein e Cecero (2000), também propuseram uma análise sobre as relações dependentes, caracterizando-as a partir de quatro elementos: Motivacional: Este comportamento refere-se à necessidade de suporte e aprovação de uma segunda pessoa.

- Afetivo: Está estreitamente relacionada a ansiedade que o indivíduo possui diante de situações em que ele necessita agir de forma independente.
- Comportamental: Tendência a se submeter em interações interpessoais.
- Cognitivo: Trata-se da percepção do sujeito como alguém impotente e ineficaz.

O elemento motivacional pode estar relacionado a insegurança sentida pelo sujeito sobre si ou sobre o próprio relacionamento. A falta de aprovação pode contribuir para ampliar o sentimento de tristeza. Além disso, sentimentos de afetividade, comportamental e cognitivo podem caracterizar as relações que envolvem a dependência de uma das partes do relacionamento.

Estudar cientificamente o amor é uma tarefa árdua e complexa, justamente pelas dificuldades metodológicas em investigar este tema. Por se tratar de um conceito tão familiar e dito milhões de vezes todos os dias, muitos supõem que as pesquisas e os pesquisadores da área comungam do mesmo sentido de amor. Porém, isso não ocorre. Por isso, sendo o amor um fenômeno psicológico, este pode ser estudado cientificamente pela psicologia?

Ao longo da história da humanidade é comum encontrar discussões e definições acerca do que é “amor”. Porém, somente no século XX que este tema passa a ter um olhar científico. Para Neves (2007) o “amor” é tratado como um tema abstrato, enigmático e por vezes, de difícil observação sistemática. Essa dificuldade contribuiu para que alguns considerasse este tema como sendo *acientífico*.

Entre os autores da área, cabe destacar Sophia, Tavares e Zilberman (2006),

Norwood (2011) e Lino (2009), que estudaram as características presentes no amor patológico (AP) a partir de visões e ponto de vistas diferentes. Estes autores também propõem teorias e técnicas para melhor compreender a dinâmica que envolve o universo do Amor e do amor patológico. Carvalho (2017) também contribui para a definição e investigação do tema afirmando que,

As características que o sujeito portador do Amor Patológico manifesta, salientando a dependência do objeto amado acompanhado de sentimentos de baixa autoestima e a obsessão, são, para muitos estudiosos, uma forma de reedição das relações de afeto vividas pela criança nos primeiros anos de vida principalmente com seus cuidadores. Desta forma o sujeito que ama de maneira patológica, busca nos seus relacionamentos afetivos, satisfazer necessidades afetivas não saciadas da infância na tentativa de compensá-las (p.12).

Para Sophia, Tavares e Zilberman (2006) o portador de Amor Patológico possui características peculiares, a exemplo da ação de prestar cuidados e atenção ao parceiro de forma desproporcional, excessiva e desprovida de controle. Tal ação ocorre devido a tentativa de ser reconhecimento pelo outro por suas atitudes esperando receber em troca deste comportamento o afeto.

A dependência de um parceiro é considerada um fenômeno que reúne cerca de três sensações, são elas: excitação, saciedade e fantasia. Neste caso, a dependência amorosa é considerada o desenvolvimento danoso que culminará com as três citadas sensações. Em relação ao amor. Lino (2009) ainda afirma que

As pessoas podem viver sem amor, mas terão dificuldade em desenvolver a sua autoestima, a capacidade de amar os outros, ou mesmo de amar a vida. Estes são os elementos básicos de uma relação sã. Parece que existe uma correlação inversamente positiva entre estes elementos e a dependência, assim quanto mais baixa for a autoestima, a dificuldade em amar os outros e a própria vida, maior é a vulnerabilidade para se tornar dependente amoroso. A dependência amorosa pode tornar-se uma dependência doentia, tolerada pela sociedade, até à violência (p.5).

Para Berti *et al.*, (2011) o amor patológico seria caracterizado pelo comportamento de prestar atenção e cuidados de forma repetitiva e desprovida de controle adequado em uma relação amorosa. Essa atenção dada ao indivíduo é vista como uma conduta prioritária em detrimento de outros interesses. Além das características psicológicas é importante destacar que o Amor patológico também pode ocorrer associado a transtornos psiquiátricos e outras características como:

sintomas depressivos, raiva, abandono, entre outros. Os fatores familiares também podem se fazer presentes, pois pode estar diretamente associado ao desenvolvimento de problemas de relacionamentos (BERTI *et al.*, 2011).

Rodrigues e Chalhub (2009) tratam do amor patológico como algo originado já na primeira infância. Defendem que um vínculo maternal mal formado poderia trazer transtornos para os relacionamentos na vida adulta. Neste caso, o sujeito iria procurar em seu respectivo parceiro o suprimento de um amor e afeto que não teve quando criança.

Para compreender melhor o Amor patológico Bowlby (2002) fala sobre a necessidade de compreender os diferentes níveis de apego, pois o apego se compara em importância ao comportamento de acasalamento, podendo persistir mesmo na vida adulta. Este autor faz uma distinção do apego em três modelos específicos: seguro, inseguro e ambivalente. O apego seguro, por exemplo, depende a responsividade contingente dos pais em relação ao bebê, e também da capacidade do adulto em se mostrar sensível às pistas da criança e responder nos momentos adequados com o sorriso, a fala, entre outros (RIBAS; MOURA, 2004). Há uma necessidade aqui de estabelecer um apego seguro e tranquilo logo na infância, pois é neste momento que começam a se formar laços afetivos com os pais e com o mundo externo. A falha em promover um apego seguro na infância poderá influenciar na qualidade das relações interpessoais do sujeito. Sánchez (2015) também afirma que,

Os bebês nascem pré-programados e treinados sensorialmente para estar interessado e preferir o contato com outros membros da espécie humana. Prefira sua voz, sua temperatura, seu toque, a expressão de seu cara, etc. Mas eles não distinguem algumas pessoas de outras. Em poucas semanas, eles estão começando a estabelecer associações, por exemplo entre o rosto e a voz, e nos primeiros meses, não após o terceiro ou quarto mês, conhecer pessoas como tal, como um todo físico. A partir deste momento, eles preferem estar com pessoas conhecidas para cuidar deles, acompanhar e interagir com eles. Mas eles não rejeitam os outros pessoas (p.38).

A consciência, sentimento e comportamentos de apego são acentuadas quando a pessoa se sente carente, doente, vulnerável ou uma certa razão sobre outra pessoa. Há também uma acentuação do sentimento de apego quando um encontro amoroso ou emocional é exaltado. De certa forma este sentimento pode ser movido ou modificado por emoções vividas ou por comportamentos que surgem

e se manifestam com a idade.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi desenvolvida na forma de Revisão Integrativa de Literatura. A revisão integrativa possibilita a elaboração de uma síntese de vários estudos científicos já publicados. De acordo com Yin (2010), trata-se de um método que contribui para que os pesquisadores possam reter as principais características de um evento ou assunto.

Uma revisão integrativa se constitui como um método específico, de resumo de literaturas empíricas e teóricas, tendo como objetivo fornecer uma compreensão mais abrangente de um fenômeno ou assunto particular. A adoção desta metodologia condiciona o pesquisador a adotar algumas etapas para que novos conhecimentos sejam gerados.

Neste sentido, este trabalho se baseou em 6 etapas conforme a metodologia de Galvão, Pansani e Harrad (2015): 1. elaboração da pergunta norteadora, 2. busca ou amostragem na literatura, 3. coleta de dados, 4. análise crítica dos estudos incluídos, 5. discussão dos resultados e 6. apresentação da revisão integrativa, tal como, determina o conhecimento atual a respeito de um tema específico para identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto.

1ª Etapa – Elaboração da pergunta norteadora

A necessidade de elaboração de um trabalho tratando do amor patológico, suas causas e consequências, é oriundo das observações dos problemas causados por pessoas que apresentam um quadro de Amor Patológico. Sendo neste caso, importante investigar o tema por meio da utilização de literaturas e trabalhos acadêmicos já publicados. Compreender os dramas, angústias e sofrimentos que consomem a qualidade de vida das pessoas, e a possibilidade de enxergar saídas para o problema, foi um dos anseios e necessidades deste trabalho. Neste sentido, a pergunta norteadora deste trabalho foi: Quais são os principais fatores psicossociais que contribuem para a existência de amor patológico entre homens e mulheres?

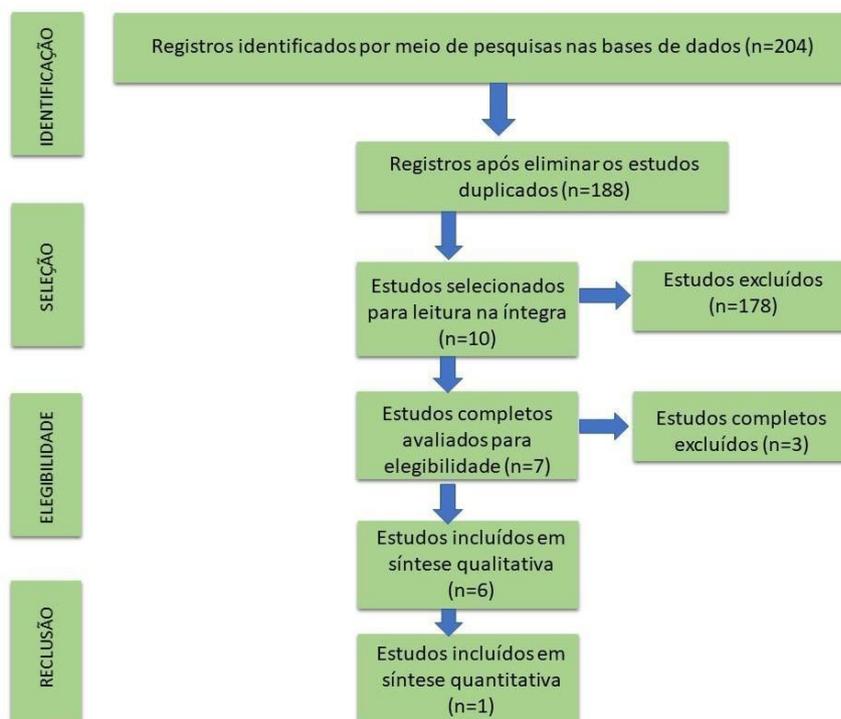
2ª Etapa – Amostragem na literatura e coleta de dados

O segundo passo ocorreu a partir da definição dos critérios para a seleção de

materiais bibliográficos. Para Souza, Silva e Carvalho (2010) a busca em base de dados deve ser ampla e diversificada. Isso irá garantir que a pesquisa contemple trabalhos diversos disponíveis em bases eletrônicas.

As literaturas utilizadas foram extraídas da base do Google Acadêmico (scholar.google.com.br). As palavras-chave utilizadas para encontrar textos referentes ao tema da pesquisa foram: amor patológico aspectos clínicos. Foram selecionados estudos dos últimos 15 anos relacionados ao tema da pesquisa. Após concluída a busca na base de dados escolhida, seguiu-se o seguinte fluxograma com critérios de inclusão e exclusão, processados durante as fases: Identificação, Seleção, Elegibilidade, Reclusão:

Figura 1 – Fluxograma da seleção dos estudos



Fonte: Galvão, Pansani e Harrad (2015).

Conforme se observa no fluxograma, na fase de identificação, foram encontrados 204 registros a partir da base de dados utilizadas. Na fase de seleção, seguiu-se uma análise de todos os registros tomando como referência: o título e o resumo. Falar dos duplicados que foram excluídos, atingindo 188 registros. Excluíram-se os registros em língua inglesa e os arquivos duplicados ou que não atendiam a pergunta e/ou o tema da pesquisa. A análise concentrou-se em verificar

se o título ou o resumo atendia a pergunta norteadora da pesquisa: quais são os principais fatores psicossociais que contribuem para a existência de amor patológico entre homens e mulheres?

Por consequência, o resultado da análise foi a exclusão de 178 estudos que não satisfaziam os critérios para a sua inclusão nesta pesquisa. No final da seleção foram identificados 10 estudos e pesquisas para a leitura integral e com isso, prosseguir a revisão integrativa de literatura, na fase da seleção.

Na fase elegibilidade, foram lidos 10 estudos completos, onde se excluiu 3 estudos por não atenderem aos objetivos desta pesquisa e por não apresentarem conteúdos relacionados a este estudo. Por fim, a pesquisa se concentrou em 6 estudos de síntese qualitativa e 1 estudo de síntese quantitativa. As etapas 3, 4, 5 e 6 da revisão integrativa da literatura estão descritas na próxima seção.

A partir da sequência do fluxograma, foi elaborado o Quadro 1, onde é possível visualizar o título, ano, tipo e base de dados das principais literaturas utilizadas nesta pesquisa e conclusões obtidas pelos pesquisadores.

Quadro 1 - Publicações incluídas na revisão integrativa.

Autor	Título	Ano/Países	Objetivo	Delineamento do Estudo
Almeida	O Conceito De Amor: Um Estudo Exploratório Com Uma Amostra Brasileira	2017 Brasil	Identificar as características mais comumente atribuídas e/ou associadas à palavra amor por sujeitos brasileiros de diferentes idades e condições sociais e verificar se há diferenças estatisticamente significantes em função das variáveis: gênero, faixa etária e grau de escolaridade.	Estudo exploratório / quali-quantitativo
Sophia, Tavares e Ziberman	Amor patológico: um novo transtorno psiquiátrico?	2006 Brasil	Analisar o Amor patológico por meio de dados disponíveis sobre relato de casos.	Estudo qualitativo
Berti et al.	Validação de escalas para avaliação do amor patológico	2011 Brasil	O presente trabalho tem como objetivo validar para o português o conteúdo dos instrumentos autoaplicáveis Love Attitudes Scale (Escala de Atitudes do Amor – Hendrick et al., 1998), Relationship Assessment Scale (Escala de Avaliação do Relacionamento – Hendrick, 1988) e Adult Attachment	Estudo Quanti- quali

Rodrigues e Chalhub.	Amor com dependência: um olhar sobre a Teoria do Apego.	2009 Portugal	Types (Tipos de Apego do Adulto – Hazan et al., 1987). Analisar o tema amor com dependência embasado na Teoria do Apego de John Bowlby enfocando a modalidade de apego inseguro ambivalente que produziria esse tipo de amor dependente, tomando como base a sua relação na primeira infância com a sua primeira figura de apego. Este trabalho se propõe a compreender como os seres humanos interagem e por que algumas crianças crescem felizes e autoconfiantes, enquanto outras crescem ansiosas e deprimidas e outras, ainda, emocionalmente frias e antissociais.	Estudo qualitativo
Bowlby	Formação e rompimentos dos laços afetivos	2006 Brasil	Essa pesquisa tem como proposta realizar uma reflexão acerca do Amor Patológico em mulheres acometidas por este transtorno, descrevendo suas características, nuances e particularidades.	Estudo qualitativo
Carvalho	Mulheres e o amor patológico: o prazer na dor de amar demais	2017 Brasil	Neste artigo, propomos revisar as obras mais importantes que existem sobre as relações entre o estilo de apego e relacionamentos amorosos de casais adultos	Estudo qualitativo
Sánchez	Apego y relaciones amorosas	2015 Espanha		Estudo qualitativo

Fonte: Elaboração própria.

Em relação à síntese da conclusão, o primeiro estudo demonstra: “[...] o amor é um fenômeno plural e multidimensional que inclui as mais variadas expressões e que se modifica ao longo do tempo em função de fatores tais como sexo, idade e nível de instrução. Consequentemente, o amor pode significar coisas diferentes para pessoas diferentes em diferentes culturas e momentos históricos”. Já o segundo estudo: “As características específicas do Amor Patológico (AP) não se restringem meramente aos fatores socioculturais e/ou psicodinâmicos. É fundamental, além da minuciosa avaliação diagnóstica contemplando aspectos psiquiátricos e história familiar, a compreensão sobre o diagnóstico diferencial do AP. A partir desse conhecimento teórico e da comparação entre portadores e normais, o AP poderá vir a ser classificado e, assim, efetivamente tratado em nossa comunidade.”.

Quanto ao estudo de Berti et al. (2011), observou-se como síntese da

conclusão: “A análise estatística do estudo mostrou que os grupos estudados são homogêneos, exceto pela escolaridade. Indivíduos com amor patológico têm escolaridade significativamente maior do que os voluntários saudáveis. Berti chegou a esta conclusão analisando os seguintes fatores: atendimento das necessidades; satisfação no relacionamento; comparação com os demais relacionamentos; arrependimento; preenchimento das expectativas; intensidade do amor; problemas; tipo de apego (seguro, ansioso com evitação e ansioso resistente).” Rodrigues e Chalhub (2009) salientam: “Evidenciamos que a modalidade de apego inseguro-ambivalente é a mais provável fonte causadora do amor dependente e que isso poderia ter realmente sua base no apego verificado na primeira infância com sua principal figura de apego. Também defendemos que um vínculo mal formado com a principal figura de apego na infância traria transtornos nos relacionamentos na vida adulta, onde provavelmente o indivíduo com apego inseguro procurasse em seu respectivo parceiro o suprimento de um amor e afeto faltante”.

Bowlby (2006) conclui: “Para o autor, é por meio de uma relação confiável e afetiva, que se torna possível e suportável o contato com nossa criança ferida e profundamente reprimida, o que por meio de algumas intervenções, esboçadas ao longo do livro, tornamo-nos capazes de viver, na segurança de uma nova relação autêntica, mesmo com a existência do legado traumático dos primeiros”. Carvalho (2017) aponta que “A partir da abordagem psicanalista percebeu-se que os sujeitos, de acordo com suas constituições familiares e suas vivências afetivas na infância podem desenvolver personalidades seguras ou vulneráveis e com isso amar e se relacionar de maneira normal ou patológica.”, Por fim os estudos de Sánchez (2015), enfatizam “Isto o que esperar, neste sentido, é que as pessoas com estilo de apego seguro têm mais capacidade de manter compromisso, melhores condições para privacidade e uma atividade sexual mais relaxada (do que pessoas ansiosas) e mais abertas a numerosos comportamentos paracoitais, ao mesmo tempo afetuosos e tátil (ao contrário das pessoas mais reprimidas).”

3ª Etapa – Análise crítica dos estudos incluídos

O terceiro passo metodológico consistiu na elaboração de uma análise teórico- conceitual sobre todos os trabalhos pesquisados e salvos em ambiente digital, a fim de selecionar aqueles que poderiam contribuir de forma mais efetiva

com as discussões levantadas no artigo. Após a seleção dos trabalhos, procedeu-se uma leitura para a extração de informações relevantes à presente pesquisa. Nesta etapa foi possível obter as primeiras conclusões acerca do problema da pesquisa. É importante destacar que esta etapa é equivalente a uma análise de dados em uma pesquisa convencional, onde há o emprego de técnicas apropriadas para a extração de informações relevantes.

A análise dos dados contribuiu para se chegar às principais conclusões acerca do objetivo proposto neste trabalho, a partir da interpretação, coleta dos dados e articulação entre as ideias apresentadas pelos autores, possibilitando assim a construção de um entendimento sobre as causas da existência de amor patológico.

4ª Etapa - Identificação das evidências

Nesta etapa foi possível identificar as evidências e fatores que contribuem para o amor patológico descritos nos 7 estudos selecionados. As evidências foram extraídas de resultados provenientes de pesquisas pesquisa documental e de estudos de abordagem quali-quantitativa.

5ª Etapa – Discussão dos resultados

A 5ª etapa consistiu em discutir os resultados da pesquisa, que se deu a partir da interpretação e síntese dos resultados comparando-os com os dados evidenciados nos artigos analisados. Nesta etapa foi possível identificar as possíveis lacunas existentes na temática estudada, o que tornou possível apontar sugestões de estudos para pesquisas futuras sobre o tema abordado. Na discussão dos resultados procurou evidenciar, por meio dos trabalhos analisados, os principais fatores psicossociais causadores do Amor Patológico entre homens e mulheres.

6ª Etapa – Apresentação da revisão integrativa

Nesta etapa é imprescindível uma apresentação classe e completa da revisão feita ao longo do trabalho, a fim de que o leitor possa avaliar de forma crítica os resultados alcançados. Deve-se apresentar a informações pertinentes e detalhadas do que o autor conseguiu concluir, sem omitir qualquer evidência importante.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Ao se analisar o Quadro 1, os sete trabalhos pesquisados foram descritos a

seguir: O primeiro estudo desta revisão sistemática de literatura foi o de Almeida (2007) realizado no Brasil, como resultado de uma tese de doutorado, uma pesquisa exploratória quanti-quali, que pretendia identificar as características mais comumente atribuídas e/ou associadas à palavra amor por sujeitos brasileiros de diferentes idades e condições sociais.

O segundo estudo, publicado em formato de artigo científico, foi realizado por Sophia, Tavares e Ziberman (2006). Este estudo, realizado no Brasil e publicado na Revista Brasileira de Psiquiatria, procurou analisar o Amor patológico por meio de dados disponíveis sobre o relato de casos, onde buscou-se responder se o Amor patológico se configurava como um novo transtorno psiquiátrico.

O terceiro trabalho foi realizado por Berti *et al.* (2011), onde buscou-se validar para o português diferentes escala de amor patológico, com destaque para as seguintes escalas: *Love Attitudes Scale* (Escala de Atitudes do Amor – Hendrick *et al.*, 1998), *Relationship Assessment Scale* (Escala de Avaliação do Relacionamento – Hendrick, 1988) e *Adult Attachment Types* (Tipos de Apego do Adulto – Hazan *et al.*, 1987).

Rodrigues e Chalhub (2009), realizam um estudo em Portugal que tinha como objetivo analisar o tema amor com dependência embasado na Teoria do Apego de John Bowlby. O estudo realizado por estes autores foi de caráter qualitativo. Mesmo assim, contribuiu de forma expressiva para o entendimento das características do amor patológico.

O quinto estudo analisado neste trabalho foi realizado por Bowlby (2006) no Brasil. A partir de uma análise qualitativa o autor escreveu sobre as diferentes formas de interação entre as pessoas, e como essas interações contribuem para que algumas crianças crescem felizes e autoconfiantes, enquanto outras crescem ansiosas e deprimidas.

Carvalho (2017) realizou no Brasil o sexto estudo apresentado neste trabalho, que teve como proposta a realização de uma reflexão sobre o Amor Patológico em mulheres acometidas por este transtorno. Sánchez (2015) realizou o sétimo estudo analisados nesta pesquisa. O estudo realizado em 2015 na Espanha, revisou importantes conceitos e entendimentos relacionados as relações entre o estilo de apego e relacionamento amorosos de casais adultos.

Berti *et al.* (2011) ao analisarem a validação de escalas para avaliação do

amor patológico por meio de métodos estatísticos, evidenciam alguns fatores contribuintes, tais como: escolaridade, atendimento das necessidades, satisfação com o relacionamento, comparação com os demais relacionamentos, arrependimento, preenchimentos das expectativas, problemas e tipos de apego.

Entre estas variáveis se destaca a escolaridade, pois não há homogeneidade entre os grupos de pessoas. Isso quer dizer que o desenvolvimento do amor patológico pode ocorrer tanto em indivíduos com baixa escolaridade quanto em pessoas com alto grau de escolaridade. Porém, destaca-se que indivíduos com amor patológico tendem a ter escolaridade maior do que os demais indivíduos saudáveis.

Mais tarde, em um estudo exploratório sobre o conceito de amor Almeida (2017), afirma que o amor é um fenômeno que se modifica em função do sexo, idade e nível de instrução. E conclui que o amor pode significar coisas diferentes para pessoas diferentes em diferentes culturas e momentos históricos. O que se depreende destes dois autores é que ambos concordam que o amor pode ser influenciado por fatores sociais, como o nível de instrução e a idade.

Com relação ao apego inseguro, é possível afirmar que é caracterizado por uma ameaça contínua à possibilidade de acessar uma figura de vinculação. É por meio da ausência de um apego seguro que a pessoa pode desenvolver o apego inseguro. Por fim, é possível citar a existência de um apego ambivalente, que é caracterizado pela incapacidade ou dificuldade de uma pessoa manter relacionamentos e comprometimentos duradouros. As causas desta incapacidade são baixa autoestima, solidão e ausência de apego seguro.

As investigações científicas que propõem a relação de apego com as formas de relações amorosas são numerosas. Autores como Freud e Bowlby foram os primeiros a reconhecerem esta relação. Bowlby também estudou temas centrais como a tentativa de compreender o porquê da existência de seres humanos que crescem confiantes, felizes e autoconfiantes, enquanto outras pessoas crescem ansiosas e deprimidas.

Fica evidente, neste caso, a influência dos acontecimentos nos primeiros anos de vida com a aquisição de uma certa personalidade na vida adulta e com a capacidade de desenvolver um apego positivo ou negativo (BOWLBY, 2006). O citado autor também investigou os efeitos nocivos que podem aparecer com a separação de crianças ainda pequenas de suas mães, após uma relação emocional

segura formando entre ambos. Para este autor, após o surgimento de uma relação afetiva forte entre mãe e filho, a criança sentiria maior dano com a separação e isso poderia ser o fator condicionante de problemas amorosos no futuro.

Além do que afirmou Bowlby (2006), Carvalho (2017) confirmou que as vivências afetivas da infância contribuem para desenvolver personalidades seguras ou vulneráveis, e com isso, contribuir para que haja relacionamentos seguros e livres de ações de cunho patológico. Sánches (2015), em um estudo relacionado ao apego e as relações amorosas, afirma que as pessoas com apego seguro têm mais capacidade de manter compromissos. Vê-se que os relacionamentos seguros, fruto do apego seguro, são evidências de uma infância saudável e vivências afetivas seguras.

É possível assinalar que o apego inseguro é a mais provável fonte causadora do amor patológico e que isso poderia estar associado ao tipo de apego verificado na primeira infância com a principal figura de apego da criança. Observa-se então, que no amor patológico os vínculos que se estabelecem entre pessoas não são vínculos saudáveis, e sim de posse, controle e violência.

Quando as pessoas são capazes de desenvolver estilos de apego seguro, são mais capazes de manter compromissos, dão condições para a privacidade em uma relação, e possuem mais capacidade em desenvolver uma relação sexual mais relaxada. Também são pessoas mais abertas, efetuosas e tátil, características essas que não são comuns em pessoas mais reprimidas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa procurou identificar os principais fatores que contribuem para a existência de amor patológico entre homens e mulheres, com destaque para os fatores psicossociais.

A partir da elaboração de uma revisão integrativa de literatura foi possível evidenciar os seguintes fatores que podem contribuir para a existência de amor patológico:

- Idade e nível de escolaridade,
- Apego inseguro durante a infância,
- Aspectos familiares e vivências afetivas na infância,

- Aspectos sociais,
- Nível de satisfação com o relacionamento.

Conclui-se que a metodologia utilizada nesta pesquisa permitiu se chegar a alguns fatores causadores do amor patológico entre homens e mulheres. Destaca-se a necessidade de estudos mais aprofundados que tragam a relação do amor patológico com as crenças, valores, preconceitos, questões de gênero, e que sejam pesquisados os conceitos construídos e elaborados pelos participantes nas diversas configurações de relações amorosas da contemporaneidade. Logo, torna-se possível afirmar que os fatores sociais podem contribuir para a existência de amor patológico entre homens e mulheres.

Embora, nesta revisão integrativa, emergirem estudos que relacionam o amor patológico e alguns fatores psicossociais presentes ao comportamento de homens e mulheres, a relação de causa e efeito ainda não foi possível evidenciar. Para tal, faz-se necessário prosseguir com investigações mais quantitativas, com uso de instrumentos de avaliação em busca de encontrar a provável relação: amor patológico X fatores psicossociais. Além disso, destaca-se a necessidade de ampliar os estudos por meio da consulta de dados em outros portais de periódicos nacionais e estrangeiros.

Dessa forma, sugere-se que outras pesquisas na área, venham a ser realizadas, para ampliar e diversificar os assuntos aqui investigados, por meio da adição de novas variáveis que contribuam para a existência do amor patológico entre homens e mulheres.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. **O conceito de amor: um estudo exploratório com uma amostra brasileira**. 2017. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-20092017-104821/publico/Almeida_do.pdf Acesso em: 05 abr. 2021.

BERTI, M. P. *et al.* Validação de escalas para avaliação do amor patológico. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 135-138, 2011.

BORNSTEIN, R. F; CECERO, J.J. Deconstructing dependency in a five factor world: A meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment*, 74(2), 324-343. 2000.

BOSCARDIN, M. K.; KRISTENSEN, C. H. Esquemas iniciais desadaptativos em mulheres com amor patológico. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 3, n. 1, p. 517-526, 2011.

BOWLBY, J. Apego e Perda. **A natureza do vínculo, a trilogia do apego**. V.1. Tradução de Álvaro Cabral. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BOWLBY, John. **Formação e rompimentos dos laços afetivos**. Tradução Álvaro Cabral. 4ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

BUTION, D. C.; WECHSLER, A. M. Dependência emocional: uma revisão sistemática da literatura. **Estudos Interdisciplinares Em Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 77-101, 2016.

CARVALHO, E. C. **Mulheres e o amor patológico: o prazer na dor de amar demais**. 2017. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1145.pdf> Acesso em: 02 abr. 2021.

DOWLING, C. (2002). **Complexo de cinderela**. São Paulo: Melhoramentos.

FABENI, L. *et al.* O discurso do "amor" e da "dependência afetiva" no atendimento às mulheres em situação de violência. **Revista do NUFEN**, v. 7, n. 1, p. 32-47, 2015.

FAUR, P. O vício em relacionamento. In: FAUR, P. **Amores que matam: quando um relacionamento pode ser tão perigoso quanto usar uma droga**. Tradução Marlova Aseff. Porto Alegre: L&PM, 2012. p. 23-37.

FRANCO, Irley. Uma hipótese sobre o Banquete de Platão. **F. Ethica: Cadernos Acadêmicos**, v. 15, n. 1, 2008.

FORWARD, S.; BUCK, G. **Amores Obsessivos – Quando a paixão nos faz prisioneiros** – Ed Rocco, Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <https://docero.com.br/doc/n0e011> Acesso em: 5 out. 2021.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. 2015, v. 24, n. 2 [Acessado em: 21 set. 2021], pp. 335-342.

JUNIOR, M.; SANTIN, L. Kierkegaard e os conceitos críticos de amor, fé e escândalo. **Jornada Internacional de Estudos de Kierkegaard da SOBRESKI-Sociedade Brasileira de Estudos de Kierkegaard**, v. 1, n. 1, 2013.

LINO, T. L. A Patologia do Amor – da Paixão à Psicopatologia. **Porto: Psicologia. pt-O Portal dos Psicólogos**. Lisboa. 2009.

LOZANO, M. V. C. **Tipos de amor y dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja de una institución educativa de Chiclayo**. Universidad Señor de Sipán. Chiclayo – Perú, 2020.

MONTOYA, M. A. C. Estilos de amor y dependencia emocional1. **Directorio Institucional**, Vol 6, Núm 1, 2019, pp. 15-20.

NEVES, A. S. A. As mulheres e os discursos genderizados sobre o amor a caminho do “amor confluyente” ou retorno ao mito do “amor romântico”? **Revista Estudos Feministas**. V. 3 no. 15. Florianópolis, 2007.

NORWOOD, R. **Mulheres que amam demais: quando você continua a desejar e esperar que ele mude**; tradução de Maria Clara De Biase. Rio de Janeiro. Editora Rocco, 2011.

RIBAS, Adriana F. Paes; MOURA, Maria Lucia Seidl de. Responsividade materna e teoria do apego: uma discussão crítica do papel de estudos transculturais. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 17, p. 315-322, 2004.

RIZZON, A. L. C.; MOSMANN, C. P.; WAGNER, A. A qualidade conjugal e os elementos do amor: Um estudo correlacional. **Contextos Clínicos**, v. 6, n. 1, p. 41-49, 2013.

RISO, W. **Amar e depender: como superar a dependência afetiva e fazer do**

amor uma experiência plena e saudável. Tradução Marlova Aseff. Porto Alegre: L&PM, 2014.

RODRIGUES, S; CHALHUB, A. Amor com dependência: um olhar sobre a Teoria do Apego. **Psicologia**, v. 5, 2009.

SÁNCHEZ, F. L. Apego y relaciones amorosas. **Informació Psicològica**, n. 82, p. 36-48, 2015.

SANTOS, J. G. A obsessão amorosa no relacionamento conjugal. **Psicologia-Tubarão**, 2017.
Disponível em: <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/10485> Acesso em: 29 set. 2021.

SERRÃO, V. A. S.; JUSTI, J. Amor saudável e patológico: desdobramentos neurobiológicos. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, p. 98-115, 2019.

SILVA, M. H. B. (2002). **A paixão silenciosa: uma leitura psicanalítica sobre as paixões amorosas.** São Paulo: 2002.

SOPHIA, E. C; TAVARES, H.; ZIBERMAN, M.L. Amor patológico: um novo transtorno psiquiátrico? **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Vol. 29. No 1. São Paulo, 2006.

SOPHIA, Eglacy C.; TAVARES, Hermano; ZILBERMAN, Monica L. Amor patológico: um novo transtorno psiquiátrico?. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 29, p. 55-62, 2007.

SOPHIA, E. C. **Amor patológico: aspectos clínicos e de personalidade.** São Paulo, 2008.
Disponível em: https://www.academia.edu/download/39538627/Amor_Patologico.pdf Acesso em: 25 ago. 2021.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein (São Paulo)**, v. 8, n. 1, p. 102-106, 2010.

TAVARES, F; COSTA, R. B. O discurso científico do amor patológico e a produção midiática de novos doentes1. **Expandidas**, p. 143, 2020.

YOUNG, J.E.; KLOSKO, J.S. & WEISHAAR, M.E. **Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras.** Porto Alegre: Artmed. 2008.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método.** Porto Alegre: Bookman, 2010, 248 p

PRÁTICAS PSICOLÓGICAS E CUIDADOS PALIATIVOS NO CONTEXTO PANDÊMICO: UM ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Gláucia Maria Matos de Castro¹
Fabrycianne Gonçalves Costa²

RESUMO

Cuidados paliativos são caracterizados como uma assistência desempenhada por uma equipe multidisciplinar com o propósito de proporcionar a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares perante uma doença que ameaça a vida. Nesse sentido, objetivou-se compreender as representações sociais acerca dos cuidados paliativos de competência do psicólogo hospitalar durante a pandemia da Covid-19. Participaram do estudo 16 psicólogos hospitalares, com idades entre 23 a 60 anos (M= 36,56; DP= 11,89), sendo a maioria do gênero feminino, os quais responderam a um questionário sociodemográfico e à entrevista semiestruturada. Os dados foram processados pelos softwares SPSS e IRAMUTEQ e analisados por meio da estatística descritiva, análise lexical, e nuvem de palavras. Os resultados evidenciaram que o conhecimento sobre os cuidados paliativos esteve ancorado no saber teórico e prático envolto por aspectos implicativos no contexto pandêmico. Dessa forma espera-se que este trabalho contribua com novos conhecimentos que possam melhorar a prática do psicólogo hospitalar.

Palavras-chaves: Representações sociais; Cuidados paliativos; Psicólogo hospitalar; Covid-19.

ABSTRACT

Palliative care is characterized as assistance performed by a multidisciplinary team with the purpose of providing an improvement in the quality of life of patients and their families in the face of a life-threatening disease. In this sense, the objective was to understand the social representations about palliative care within the competence of hospital psychologists during the Covid-19 pandemic. Sixteen hospital psychologists, aged between 23 and 60 years (M = 36.56; SD = 11.89), participated in the study, most of them female, who answered a sociodemographic questionnaire and a semi-structured interview. Data were processed by the SPSS and IRAMUTEQ software and impeded through descriptive statistics, lexical analysis, and word cloud. The results showed that knowledge about palliative care was anchored in the theoretical and practical knowledge involved by implicative aspects in the pandemic context. Thus, it is expected that this work will contribute with new knowledge that will improve the practice of hospital psychologists.

Keywords: Social representations; Palliative Care; Hospital psychologist, Covid-19.

¹ Graduanda do curso de Psicologia do UNIESP. E-mail:

² Professora Orientadora do Curso de Psicologia do UNIESP. Email: prof1588@iesp.edu.br.

INTRODUÇÃO

Ao final de 2019, a Organização Mundial de Saúde foi alertada do surto de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, República Popular da China (Zhu N et.al., 2020). O foco inicial de infecção manifestou-se em pessoas que frequentavam o mercado local de frutos do mar naquela região, causando 2.794 infecções confirmadas em laboratório, incluindo 80 mortes até 26 de janeiro de 2020. A pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus tem ocasionado impactos não somente na área biomédica e epidemiológica, mas também, impactos sociais, econômicos, culturais, políticos e históricos inestimáveis (BARRETO et al., 2020; Agência Fiocruz (2021).

O Observatório da Fiocruz, que diariamente informa dados quantitativos atualizados, apontou que dezessete estados e o Distrito Federal alcançaram taxas de ocupação superiores a 90% dos seus leitos por pacientes infectados pela covid-19. no Norte, Rondônia (98%), Acre (97%), Amapá (100%) e Tocantins (97%); no Nordeste, Piauí (96%), Ceará (94%), Rio Grande do Norte (95%) e Pernambuco (97%); no Sudeste, Minas Gerais (94%), Espírito Santo (94%) e São Paulo (92%); no Sul, Paraná (93%), Santa Catarina (99%) e Rio Grande do Sul (95%); e no Centro Oeste, Mato Grosso do Sul (100%), Mato Grosso (97%), Goiás (94%) e Distrito Federal (97%). Outros sete estados apresentam taxas de ocupação de leitos de UTI Covid-19 para adultos entre 84% e 89%: no Norte, Pará (85%); no Nordeste, Maranhão (88%), Paraíba (84%), Alagoas (86%), Sergipe (86%) e Bahia (86%); e no Sudeste, Rio de Janeiro (88%).

Em consequência desse fortuito aumento de pessoas que necessitavam de assistência, exigiu-se dos profissionais de saúde, maior atuação e desenvoltura em suas funções para conseguir atender à crescente demanda, causando consequências negativas à saúde física e mental. De acordo com Ramírez-Ortiz (2020), durante uma pandemia, as presenças de sintomas de ansiedade se intensificam diante do medo frente às situações de incerteza, e ao agravamento de transtornos mentais pré-existentes.

O papel do psicólogo é substancial em situações de crise, e nesse contexto, adentrando na área da saúde, o psicólogo hospitalar tem como atribuição profissional trabalhar em equipe, estar consciente do seu papel naquele ambiente,

reconhecer sua importância e da equipe multiprofissional, atendendo as necessidades de cada paciente na sua individualidade prezando pela excelência e ética em sua prática profissional (MIYAZAKI et al., 2017; WHO, 2010).

Durante toda a pandemia, a psicologia hospitalar, assim como as outras áreas da saúde enfrentam um momento desafiador, a necessidade de adaptar técnicas para atender as demandas trazidas pela equipe multidisciplinar, paciente e da família, obedecendo aos novos protocolos de segurança impostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), compete a esses profissionais um trabalho árduo desde o diagnóstico positivo para o vírus da Covid-19, adentrando ao enfrentamento da doença, e suas implicações e os inúmeros casos de óbitos.

O psicólogo hospitalar e a equipe multidisciplinar diante de um quadro de terminalidade desenvolvem a prática de Cuidados Paliativos, almejando o alívio da dor do paciente que se encontra em processo progressivo de adoecimento, propiciando melhor qualidade de vida no enfrentamento da doença, envolvendo problemas físicos, psicossociais e espirituais que ameaçam a continuação de sua vida. (WHO, 2002).

É inegável a relevância da prática dos CP dentro das instituições hospitalares, em vista disso esse trabalho teve como objetivo geral compreender as Representações Sociais acerca dos Cuidados Paliativos nas práticas de competência do psicólogo hospitalar no contexto pandêmico. Para abarcar esse objetivo geral, foram delineados como objetivos específicos; compreender o que esses psicólogos hospitalares entendem acerca de Cuidados Paliativos no contexto pandêmico, sua resposta poderia incluir quais são as atitudes e técnicas utilizadas voltadas tanto para os pacientes no contexto da pandemia do covid-19; conhecer quais as principais demandas hospitalares em cuidados paliativos; e identificar sua atuação frente durante a pandemia do covid-19.

Diante dessas indagações foi realizada uma pesquisa de campo, exploratória de natureza qualitativa. Esta pesquisa justifica-se pela necessidade de compreender as RS do trabalho do psicólogo hospitalar acerca dos cuidados paliativos durante a pandemia da Covid-19, contribuindo para o enriquecimento do acervo científico, acadêmico e social, salientando que diante do empobrecimento da temática em razão da pandemia ser um acontecimento recente e ainda vivenciada durante a produção desta pesquisa. Para fundamentar o presente artigo foi usado aporte à

Teoria das Representações Sociais. Para o autor, a representação social deve ser encarada tanto na medida em que ela possui uma contextura psicológica autônoma como na medida em que é própria de nossa sociedade e de nossa cultura (MOSCOVICI, 1978, p. 45). Desta forma esperou-se saber como as pessoas entendem e compartilham em seu meio, seu pensamento sobre a temática deste estudo.

REFERENCIAL TEÓRICO

Na última década o SARS-CoV-2, conhecido como Corona vírus disease (COVID-19) é a segunda pandemia que acomete o mundo, essa por sua vez considerada mais contagiosa e devastadora em comparação a primeira, denominada Influenza A (H1N1), em 2009. A Organização Mundial da Saúde notificou a COVID-19 e a classificou como infecto-contagiosa, progredindo em muitos casos para infecções respiratórias graves e sendo a causa de milhares de óbitos. Os primeiros casos foram na região de Wuhan (China) em um mercado de frutos do mar, alastrando-se em pouco tempo por todo mundo (BRASIL, 2020).

Os pacientes relataram sintomas como febre, tosse seca, dificuldade para respirar que aumentava gradativamente, dor de cabeça, pneumonia, febre, e mesmo diante ao tratamento alguns pacientes não obtinham êxito demonstrando através de exames de imagem comprometimento do pulmão e dano alveolar, causando até mesmo a morte (ZHOU et. al 2020).

Desde então, o mundo atravessa uma crise motivada pelo novo Coronavírus (COVID-19), desencadeada ao avanço significativamente rápido da doença, e a OPAS/OMS Organização Mundial da Saúde qualificou como pandemia no dia de 11 de março de 2020, desde então a COVID-19 é considerada um dos maiores desafios sanitários mundiais do século (BARRETO et al., 2020).

Os serviços de saúde experienciaram um crescimento significativo no fluxo de pessoas que procuraram atendimento em virtude dos sintomas causados pela COVID-19. Em diagnósticos positivos ao vírus imediatamente recorria-se aos protocolos de segurança, como isolamento social, podendo ser realizado em seu próprio domicílio no caso de sintomas leves, porém, em casos com agravamento,

demandou-se a necessidade de internação para tratamento intensivo, gerando superlotação de hospitais públicos e privados.

A pandemia da covid-19 trouxe muitas mortes em decorrência a agressividade do vírus, e em paralelo também acarretou em uma série de danos emocionais e prejuízos a saúde mental das pessoas, a ansiedade e o medo da contaminação pelo vírus, o isolamento social, as mortes repentinas, causando sofrimento coletivo. Em situações de alto estresse, como uma pandemia, nossa mente trabalha em hipervigilância, e nossa psique ativa o modo sobrevivência, com o passar da situação de estresse, ansiedade e medo prolongado, é possível o aparecimento dos transtornos mentais refletindo a situação vivenciada (BRUNONI, 2020).

Esses fatores resultam em diferentes níveis de pressão psicológica, que podem desencadear sentimentos de solidão e desamparo e uma série de estados emocionais disfóricos, como estresse, irritabilidade, distúrbios do sono, fadiga mental e desespero. Nessa conjuntura, a importância da psicologia estar presente em situações de crise torna-se ainda mais evidente, sendo o principal papel do psicólogo, oferecer suporte emocional, apoio e acolhimento às pessoas que se encontram em sofrimento psíquico (SÁ, 2020).

Sabendo da importância do psicólogo no manejo e na prevenção de transtornos mentais, para atenuar impactos emocionais diante de circunstâncias traumáticas vivenciadas, em todas as suas áreas de atuação. Diante desse pensamento, podemos afirmar que o psicólogo hospitalar em situações emergenciais, como a pandemia do covid-19, sistematizando a realização de grupos operativos, realizando treinamentos e clarificando o papel de cada profissional, além de estimular a realização de atividades para a diminuição do estresse visto que em profissionais da área da saúde o nível de estresse é elevado (CHIATTONE, 2011).

A presença do psicólogo traz aos familiares e ao paciente a certeza de um amparo, de um conforto de alguém que compreende o processo que todos estão passando e que ao mesmo tempo contribui para tratar as demandas, fazendo com que todos aceitem com mais tranquilidade a morte (DOMINGUES, 2013 apud RODRIGUES; SOUZA, 2015). Nesse viés ao adentrar na importância de uma equipe multiprofissional é importante estar preparada para intervir no cuidado curativo, e também apoiar-se na subjetividade daquela pessoa, predispondo-se a entender suas necessidades e respeitar sua individualidade, aprofundando onde a

medicina é limitada ou impossibilitada, valendo-se da escuta qualificada e acolhimento humanizado, fazendo com que aquele paciente e sua família sintam-se assistidos. E assim preparados para o início de um processo que pode ser breve ou longo, independente do estágio clínico da doença e resposta do tratamento.

Entre as atribuições que compete ao psicólogo hospitalar, pode-se evidenciar a prática dos Cuidados Paliativos, tendo como prioridade, proporcionar ao paciente uma melhor qualidade de vida, mesmo diante do risco de morte e/ou inviabilidade de cura, alívio dos sintomas, acolhimento a família, e apoio e equipe, integrando todos os aspectos físicos, emocionais, psicossociais e espirituais. Os cuidados paliativos consolidaram-se no Brasil em 1980 pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), e sua ratificação em 1990 (OMS) e ampliação do conceito em 2002 (WHO, 2002). A presença desse profissional poderá ser decisiva na resolução de conflitos existenciais que possivelmente possam existir entre família, equipe e paciente, nessa situação de terminalidade imposta pela doença (DOMINGUES et al., 2013).

Quando realizados, ainda que em situações de emergência e catástrofes, a prática em CP é reconhecida como ferramenta importante para o alívio dos desconfortos das dores, físico e emocional. Uma vez que em situações emergentes acontecem, objetiva-se salvar o maior número de vidas possível, resultando em uma dinâmica mecanicista nos atendimentos, dificultando uma atenção mais sensível aos fatores emocionais. Nesse contexto há a necessidade de um profissional que intervenha na subjetividade, promovendo acolhimento e apoio psicológico. É papel do psicólogo hospitalar o apoio à família deste paciente, oferecendo acolhimento, e em casos de óbito de seu familiar, prestar total apoio na elaboração desse luto (HERMES; LAMARCA, 2013). A presença do profissional da psicologia, poderá ser decisiva na mediação e resolução de conflitos que possam ocorrer envolvendo a família, equipe e o paciente, principalmente em situações que envolvem decisões sobre procedimentos para o tratamento e até mesmo relacionado a terminalidade (DOMINGUES et al., 2013). Quando se fala em CP, vale frisar que sua prática não cessa com a morte daquele paciente, considerando que após o óbito do paciente, se inicia o processo da elaboração do luto, existindo a necessidade de acolhimento aos familiares daquele paciente.

A terminalidade é um processo doloroso e delicado, mesmo sabendo que a morte é um processo natural ao ciclo vital. No decurso dos séculos, era comum as

peças morrerem no seio familiar, em suas casas, mas com o passar dos anos, esse processo de terminalidade passou a ocorrer com mais frequência nos hospitais (INCONTRI, 2010; SANTOS, 2010; KOVÁCS, 2008). Elizabeth Kübler-Ross (2017), pioneira em descrever as atitudes e reações emocionais que pacientes com doenças terminais vivenciam antes de morrer, são eles: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação, porém esses estágios nem sempre acontecem nesta ordem, isso depende de como o paciente entende o processo de terminalidade diante de sua trajetória de vida.

Diante ao cenário de pandemia, considerando que essas mortes causadas pelo Covid-19, sucederam repentinamente, considerando o intervalo entre a contaminação, adoecimento, diagnóstico até a morte, e impossibilitando costumes como: visitas e rituais fúnebres tradicionais, dificultando as interações entre pessoas que possuem relações de estreito vínculo, dificultando o apoio e a comunicação, fez com que a covid-19, fosse conhecida como uma doença solitária, já que o paciente com diagnóstico positivo tivesse que enfrentar sozinho seu processo de adoecimento trazendo mais dor e angústia a todos.

Sabendo das dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para o desempenho de suas atividades laborais, tanto no número insuficiente de pessoal no quadro, falta de insumos e equipamentos, a situação de caos se intensificou com a chegada da pandemia, mesmo diante disso, a equipe multiprofissional se desdobrava para oferecer aos pacientes um atendimento o mais humanizado possível, Fundação Oswaldo Cruz (2020), e entende-se que em situações assim, é imprescindível a realização de um suporte psicológico dentro dessa equipe, e o psicólogo hospitalar desempenha esse papel, englobando tanto o apoio a equipe multiprofissional, pacientes e familiares

O psicólogo precisa ter muito claro que sua atuação no contexto hospitalar não é psicoterápica dentro dos moldes do chamado setting terapêutico. E como minimização do sofrimento provocado pela hospitalização, também é necessário abranger-se não apenas a hospitalização em si — em termos específicos da patologia que eventualmente tenha originado a hospitalização—mas principalmente as seqüelas e decorrências emocionais dessa hospitalização. (TRUCHART *et al.*, 2003, p. 25).

É impreterível que o psicólogo hospitalar esteja alinhado aos demais membros da equipe multidisciplinar, assim, conseguirá ter uma visão abrangente de

todo contexto daquele paciente e família, assim como perspectiva de prognóstico do seu quadro clínico e possíveis intervenções individuais, que em virtude da pandemia da covid-19, algumas práticas precisaram ser readaptadas e adequadas para atender os novos e rígidos protocolos de segurança, e assim continuar oferecendo assistência psicológica e integral aos pacientes e familiares.

Para o conhecimento sobre as práticas da psicologia hospitalar voltada aos cuidados paliativos durante a pandemia da COVID-19, e entender sobre suas representações sociais, de forma científica e fundamentada, recorreu-se ao arcabouço teórico da Teoria das Representações Sociais, objetivando em especial compreender a interação entre sujeito/objeto e indivíduo/sociedade diante da problemática provocada por esse estudo (FARR, 2009; SÁ, 1995).

Segundo Moscovici (2012, p. 46), as Representações Sociais (RS) “ocupam uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair o sentido do mundo e introduzir nele ordem e percepções, que reproduzem no mundo de uma forma significativa”. A construção das representações envolve dois processos formadores: a ancoragem e a objetivação, o que para Sá (1995, p.38) essas representações servem como um guia, ditando como comportamentos e práticas devem funcionar. Nesse sentido, a representação funciona como uma antecipação das ações, quando intervém na finalidade da situação, no tipo de atitude cognitiva a ser adotada pelos sujeitos sociais, revelando, assim, sua natureza prescritiva (ABRIC, 1994, p. 16-17).

Das funções das representações sociais, podemos destacar tais como, afetiva e cognitiva. A ancoragem transfere o desconhecido para o esquema de referência, por meio da comparação e da interpretação; por sua vez, o processo de objetivação reproduz o desconhecido, entre o que é visível e tangível. Assim, surge uma RS ante um novo objeto, por meio da materialização de uma entidade abstrata, que foi ancorada pela classificação e pela nomeação (MOSCOVICI, 2011).

A TRS é uma abordagem psicossociológica sobre o processo de estruturação do pensamento social (CHAVES; SILVA, 2013). Tal teoria reconhece a concretude e singularidade histórica dos comportamentos individuais e fatos sociais, bem como acolhe o conteúdo dos fenômenos psicossociais, por perceber esses elementos como fundamentais para a interpretação e construção das realidades sociais (SÁ, 2015), é considerada construtivista, pois, segundo Palmonari e Cerrato (2014),

mantém relação com a reconstrução ativa e dinâmica da realidade, de forma autônoma e criativa. Por outro lado, se apresenta como interacionista ao ponto em que a representação social é sempre uma representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito), ou seja, o ato de representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual o sujeito relaciona-se com o objeto (JODELET, 2001).

Para Moscovici (2012), a principal função da teoria das representações sociais é tornar familiar o que não é familiar, e as RS precisam obedecer alguns critérios para que sejam consideradas representações sociais, sendo elas, quantitativo onde são compartilhadas por um número expressivo de pessoas, por exemplo grupos. Outro critério seria o genético, que seriam as que são construídas socialmente, onde o pensamento social é construído via relações sociais, e o funcional são guias para a comunicação para a ação.

A incongruência nos estimula a nos debruçar sobre a teoria das representações sociais, não somente para nos apropriar do conteúdo teórico, mas tomar conhecimento de sua aplicabilidade e benefícios e critérios bases para aquela sociedade. A teoria das representações sociais, tornou-se eficiente para compreensão de diversos estudos de diferentes temas de variadas áreas de conhecimento. As RS florescem como objeto psicossociológico, se consolidando como um campo teórico pluridisciplinar, que colabora com a explicação de problemas relevantes para a educação, saúde, meio ambiente, entre outros (CAMARGO, 2005).

Em pesquisa realizada na literatura disponível, não foram encontrados materiais direcionados às representações sociais das práticas psicológicas em cuidados paliativos na terminalidade e luto, durante a covid-19. Constatam algumas publicações que tratam do trabalho do psicólogo hospitalar antes e durante a pandemia; a contribuição da psicologia hospitalar durante a covid-19; e representações sociais tanto em relação a pandemia e cuidados paliativos, assim, apenas variações em torno dos termos utilizados como descritores. Desse modo, entende-se que a formulação deste estudo contribuirá servindo como referência para futuras pesquisas, e levando o pesquisador ao conhecimento e entendimento do trabalho realizado pelos psicólogos hospitalares durante a pandemia da covid-19, os desafios encontrados, assim como verificar os aspectos mais relevantes e

significativos, dado que a Teoria das Representações Sociais oportuniza a aproximação entre o sujeito e o objeto.

Segundo Maia (1997) um dos conceitos inteirados por Moscovici, é a existência de um conhecimento de senso comum, que consente explicitar determinadas práticas. O processo é responsável pelo enraizamento social da representação e de seu objeto (SÁ, 1995, p. 38).

METODOLOGIA

TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa de campo, de natureza qualitativa, descritiva, exploratória e transversal, amparada em uma abordagem psicossociológica. Para Gonsalves (2001), a pesquisa de campo busca um contato direto do pesquisador com o seu objeto, vivenciando uma abordagem mais prática para reunir informações de interesse ao estudo.

No que tange o método qualitativo de pesquisa é aqui entendido como aquele que se ocupa do nível subjetivo e relacional da realidade social e é tratado por meio da história, do universo, dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes dos atores sociais (MINAYO, 2013). A pesquisa descritiva descreve as características do objeto de pesquisa, estabelecendo a ligação entre o objeto de estudo e as suas variáveis. Já a pesquisa exploratória, tem por fim explorar um fenômeno pouco investigado. Gil (1999) considera que a pesquisa exploratória tem como objetivo principal desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

PARTICIPANTES

Este estudo se apresenta com uma amostragem do tipo não probabilística, por conveniência, compreendida por 16 participantes com idades entre 23 a 60 anos (M = 36,56; DP = 11,89), sendo a maioria do gênero feminino (14), com tempo de atuação variando entre 2 a 20 anos, nesse caso, 5 (31,25%) estão em média há 02 anos; 2 (12,50%) estão entre 03 a 05 anos e 9 (56,25%) há mais de 06 anos, Em

relação ao nível de escolaridade, observou-se que 06 (37,50%) possuem apenas graduação; 10 (62,50%) possuem especialização, mestrado e doutorado. Desses 16 profissionais entrevistados 13 (81%) pertencem aos hospitais públicos, enquanto 3 (16,75%) são do setor privado.

Adotou-se como critérios de inclusão: (i) ter idade igual ou superior a 18 anos e (ii) e ser psicólogo hospitalar atuante durante a pandemia da Covid-19 em instituições hospitalares.

INSTRUMENTOS

Para que fosse possível obter os dados necessários para esse estudo, foram aplicados um questionário sociodemográfico com o objetivo de identificar o perfil dos participantes (sexo, idade, formação/especialização, tempo de atuação, tipo de instituição) e uma entrevista semiestruturada. Este último foi composto por perguntas previamente formuladas, as quais nesse contexto abordaram os seguintes questionamentos: 1) O que o senhor (a) compreender acerca de cuidados paliativos, em sua resposta pode incluir quais são as atitudes/ técnicas utilizadas voltadas tanto para os pacientes quanto aos familiares, principalmente nesse momento de pandemia da covid-19; 2) Quais as principais demandas hospitalares em cuidados paliativos?; 3) Como tem sido sua atuação frente ao processo de terminalidade e luto tanto em relação ao paciente, quanto ao familiar?

PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Educação da Paraíba - UNIESP, segundo o parecer n.º 4.864.630 e CAAE 48727121.6.0000.5184. Durante sua realização foram respeitadas todas as condições éticas estabelecidas pela Comissão do Conselho Nacional de Saúde, criada pela Resolução 466/2012.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

No que tange ao procedimento de coleta dos dados, com o intuito captar obter um maior número de participantes que se dispusessem a contribuir voluntariamente

para esse estudo, foi realizada uma busca ativa nas redes sociais, e aos que sinalizavam o interesse em participar, dialogando entre si, uma possível data e hora para a realização da reunião para a coleta de dados em modalidade remota, aplicando recursos tecnológicos de plataformas digitais de vídeo conferência (*Google Meet*).

Em outro momento, também foram realizados em acordo com a disponibilidade e condições propícias, o modelo presencial em complexos hospitalares e maternidade na cidade de João Pessoa - PB. Para isso foi necessário entrar em contato com a Secretaria de Saúde, para a realização dos procedimentos de protocolos administrativos e posteriormente com os Centros de Estudos das instituições. Após aprovação do projeto de pesquisa, foi emitida a autorização para adentrar no interior desses locais e direcionamentos aos psicólogos colaboradores do estudo. Esse modelo de coleta fez-se necessário além do cumprimento dos protocolos administrativos, assim também, total obediência às normas de segurança em virtude da pandemia da covid-19. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Para a análise dos dados sociodemográficos coletados, estes foram processados no programa SPSS e analisados por meio da estatística descritiva e inferencial. O SPSS (*Statistical Package for the Social Science*) é um pacote estatístico com diferentes módulos, desenvolvido pela IBM para a utilização de profissionais de ciências humanas e exatas.

No que concerne às falas coletadas durante as entrevistas, as gravações passaram pelo processo de transcrição das falas, e em seguida submetidas a uma análise multimétodos, através do programa de Iramuteq. O Iramuteq é um software gratuito e com fonte aberta, desenvolvido por Pierre Ratinaud (LAHLOU, 2012; RATINAUD; MARCHAND, 2012) e licenciado por GNU GPL (v2), usado para análises estatísticas sobre corpus textuais e sobre tabelas indivíduos/palavras, ancorado por outro um segundo software denominado por R, na linguagem Python. Ambos os softwares são considerados ferramentas de processamento dos dados, e não um método de pesquisa, o que torna seus resultados instrumentos de

exploração, busca e associação em material de pesquisa (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Para esse artigo utilizou-se da análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), onde as palavras foram analisadas e organizadas de acordo com sua frequência, significância e ligação entre essas palavras, assim, durante essas análises de similitude, as palavras que se sobressaem durante a análise do corpus textual ficaram em evidência e em forma decrescente dentro do dendrograma, demonstrando ligações entre si (CAMARGO; JUSTO, 2013).

Para complementar a análise de similitude averiguada pelo dendrograma utilizou-se também a análise de nuvem de palavras. Estas técnicas de análise possibilitam prontamente através de um arquivo de texto (.txt) e denominado *Rapport* ou corpus e segmentos de texto, que correspondem aos textos originais da entrevista do grupo focal (CAMARGO; JUSTO, 2013).

RESULTADO E DISCUSSÃO

Conforme o objetivo de compreender as representações sociais acerca dos cuidados paliativos de competência do psicólogo hospitalar durante a pandemia da Covid-19, os resultados provenientes das entrevistas e processados pelo *software* Iramuteq obtiveram um aproveitamento de 80,65% do total do corpus. No total foram entrevistados 17 psicólogos hospitalares, também designado de unidades de contexto iniciais (UCI's), totalizando 22.183 ocorrências, sendo 1.737 palavras distintas. Ao reduzir o vocabulário às suas raízes, foi encontrado 1.597 radicais analisáveis e 130 unidades de contextos elementares (UCE's), correspondente a fragmentação do corpus textual, com o agrupamento de palavras segundo a sua forma lexical e frequência.

No dendrograma intitulado "RS acerca dos cuidados paliativos na pandemia do covid-19" observa-se que na primeira partição é constituída por seis classes distintas, compilando em dois subcorpora. A primeira aglutinou as classes 1, 2, 5 e 6, conceituando "Terminalidade, acolhimento e humanização frente à hospitalização" na qual se subdividiu de um lado a junção das classes 6 e 2 intitulada "Terminalidade e enfrentamento do Covid-19" e do outro a junção das classes 1 e 5 conceituado "Acolhimento e humanização". E do outro lado do dendrograma

observa-se o agrupamento das classes 3 e 4 conceituada de “Atuação da psicologia hospitalar nos cuidados paliativos”. Na figura 1, nota-se que o agrupamento dos subcorpora à direita foi resultante de um bloco textual semelhante, o que permite inferir que suas classes possuem significados complementares, afastando-se do discurso das demais classes.

A classe 6, “**Relações Emocionais e comportamento no enfrentamento da Covid-19**” foi constituída de 22 UCEs, representando 21% do total do corpus sendo composta por palavra e radicais no intervalo entre $\chi^2 = 53$ (Estar) e $\chi^2 = 11$ (Viver), foi constituída pelo discurso majoritariamente de psicólogos atuantes até 2 anos em instituições públicas. O conteúdo produzido nessa classe suscitado por esses profissionais, ilustraram situações referente às reações emocionais e comportamentos no enfrentamento da Covid-19, advindos dos pacientes internados nas enfermarias e UTIs durante a covid-19. A seguir, são listadas algumas pseudofrases emitidas pelos participantes, e que são representativas dessa classe:

Percebemos que uns preferem não falar nada, outros se desesperam, já tem outros que servem de apoio aos que estão mais abalados, então como eu disse cada um reage de uma maneira” / “Aquele momento com choque como tudo aquilo está acontecendo, e depois a gente tem que parar e explicar à família o por que aconteceu daquela forma e ela não quer entender” / “Uma característica bem legal em CP que é a adaptação, a gente vai adaptar a nossa realidade o cuidar com a necessidade da pessoa então considerando esses aspectos a gente tem tido resultados bem legais e bem positivos.

Diante dos recortes de corpus textuais acima, entende-se que desde o início do tratamento, os envolvidos nesse processo, precisam estar alinhados em informações do estado clínico e emocional do paciente, em vista disso a comunicação na área da saúde é uma ferramenta essencial em todo o percurso do tratamento. Essa comunicação, são compostas por atenção e uma escuta qualificada, assim, esse profissional em posse do conhecimento diante da situação e tomando conhecimento do perfil tanto do paciente quanto da família, é possível traçar formas de intervenções diante de cada caso, e conseqüentemente estender essas informações aos demais profissionais que compõem a equipe multidisciplinar. Sabendo que cada indivíduo é único em suas emoções, é demandado do psicólogo desdobramento diante dos diferentes impactos emocionais que possam emergir no enfrentamento de adoecimento, iniciando o trabalho de aceitação e elaboração

daquela nova realidade da vida deste paciente e familiares. Vale salientar que a comunicação vai muito além das palavras e do conteúdo, uma vez que contempla a escuta atenta, o olhar e a postura, porquanto o emprego eficaz desse recurso é uma medida terapêutica comprovadamente eficiente para pacientes que dele necessitam, sobretudo os que se apresentam em fase terminal (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

Na classe 2 “**Terminalidade no contexto da Covid-19**”, foi constituída de 19 UCEs, representando 21% do total do corpus sendo composta por palavras e radicais no intervalo $\chi^2 = 41$ (Morte) e $\chi^2 = 9$ (Familiar), contribuíram para esse recorte psicólogos graduados, do sexo feminino com idade até 35 anos e dois anos de atuação. Foi possível visualizar que as falas estavam relacionadas ao decurso da terminalidade e morte dificuldades, encontradas nesse processo. Como observa-se nas seguintes pseudofrases:

Muitas das vezes chorei junto com o familiar, e outras nem precisamos falar nada, mas estamos por perto, do lado, tentamos trazer a família para a realidade acolhendo sua dor e tentando amenizar. Esse é o papel do psicólogo diante da morte, entender e avaliar até onde podemos ir” / “Pra essa prática, porém eu vejo muito mais uma relação de cuidado e de afeto, mas não no sentido de afeto como algo familiar, no sentido de afeto como afeto. Eu sinto que a minha relação, ela é compartilhada com o outro que estar ali na minha frente, então não tem uma superioridade” / “Então, eu acho um desafio, porque, eu escuto muito falar assim, que tem que apagar incêndio. Você é muito solicitado, não somente pela equipe, mas pela intensificação da equipe para você com o paciente, se intensificam mais, quando se fala em terminalidade, morte e luto, aí eles chamam a psicologia”

Algumas palavras objetivadas pela Classe 2 tais como: “Morte, sentido, falar, difícil, ouvir, sofrer, luto, medo, pessoa, familiar...” ancorou-se na perspectiva do sofrimento que a terminalidade traz para o paciente e para a família, e se potencializou diante da pandemia, dificultando ainda mais esse processo de aceitação e consciência da sua responsabilidade diante do seu próprio tratamento.

Para Mendes (2009), a autonomia fortalecida propicia ao paciente estar ciente de seus deveres e responsabilidades, não se colocando apenas como sujeito passivo diante do processo de adoecimento e morte. E que embora a terminalidade seja um processo natural, entretanto, trabalhar esse assunto com o paciente e a família ainda é de difícil compreensão, visto que a dor da perda geralmente é imensurável considerando o grau de ligação entre os envolvidos nesse processo de final de vida, mesmo que os cuidados paliativos traga o papel de alívio, a família

anseia a cura daquela doença, diante disso, o psicólogo precisa ter uma postura ética, assertiva e equilibrada no sentido de esclarecer os pontos que envolvem a finitude humana e em especial a daquela pessoa que está finalizando sua vida, dando suporte emocional a quem fica.

Na classe 1, a ancoragem esteve voltada ao conhecimento acerca da **“Comunicação frente ao luto na pandemia do Covid-19”** foi constituída de 16 UCEs, representando 12% do total do corpus sendo composta por palavras radicais no intervalo entre $\chi^2 = 43$ (Noticiar) e $\chi^2 = 9$ (Ligar) fizeram parte desse recorte profissionais com doutorado, sexo feminino, idades entre 36 a 50 anos. Como observa-se nas seguintes pseudofrases:

Porque o covid acaba sendo uma doença muito rápida, é muito difícil para as famílias entenderem que, está aqui numa semana, eles souberam notícia naquele dia, que a gente fazia vídeo chamada, fazia tudo, no outro já recebe que está intubado, e talvez, no outro dia, já faleceu” / “Cuidados paliativos é o que tem na teoria mesmo, a questão dessa morte digna, dentro do hospital quando eles tratam do termo técnico, de chamar a família e conversar é literalmente deixar de investir no paciente” / Eu aqui no hospital diariamente com esses casos de covid estamos paliando o tempo inteiro e com a dimensão da psicologia e como a medicina também está aliando as duas coisas” / “Estava naquele sofrimento, mas bastou vir a família ele consegue se desprender. Então muitos pacientes falecem minutos, horas, depois que a família sair”/ “Eu já tive plantão de vivenciar dezessete óbitos no total em um plantão só, então comunicar família, não fiz os dezessete sozinha mas nessa atmosfera de comunicar família junto com assistente social lidar com aquele processo de receber aquela notícia.

De certo, falar sobre morte e luto geralmente é complicado, visto que nossa cultura não nos prepara para perdas, embora a morte faça parte da vida. E quando a morte é de pessoas próximas, o processo de aceitação é ainda mais difícil, por exemplo perder um familiar na qual possui laços afetivos estreitos, ocasiona dor e a sensação de impotência trazendo uma série de sensações difíceis e sofrimento emocional.

A morte mesmo ocorrendo de forma premeditável, em circunstâncias que propiciaram o processo de entendimento e preparo, diante de um quadro clínico que se apresentou irreversível aos recursos biomédicos, ainda assim, é praticamente impossível que as pessoas não experienciam a dor do luto, seja em alto ou menor grau. De acordo Fonseca (2004), o processo de luto inicia antes mesmo da morte, ou seja, ao tomar conhecimento da própria doença, começam as confusões mentais,

sensações de medo, incerteza, estresse, entre outras questões que aparecerão ao longo do processo de adoecimento.

Entretanto durante a pandemia do covid-19, entre o diagnóstico até os numerosos casos de óbitos que ocorreram em tempo curto, esse processamento e preparo para o enfrentamento da doença ficaram inviáveis, e outras formas de intervenção foram improvisadas, com o objetivo de aproximar o paciente de sua família, já que as visitas foram proibidas em obediência aos protocolos de segurança. Essas novas práticas também foram utilizadas para substituir os rituais de despedidas, algumas vezes momentos em poucas horas antes do paciente ir a óbito. Nesse contexto o psicólogo e a equipe, precisaram interpretar cada momento com um olhar sensível e apurado, diante de cada situação e assim, compreender toda aquela dinâmica para saber o percurso daquela doença e qual seria o limite daquela pessoa para proporcionar a despedida desse paciente com sua família, e assim, facilitar aquele momento “especial”, mesmo que fosse a distância através de um vídeo chamada ou ligações utilizando um aparelho tablet ou celular. Para Wallace *et al.*, (2020) a pandemia trouxe medo e dificultou os rituais de despedida, intensificando o medo do presente e ansiedade diante da incerteza do futuro, e nesse contexto salienta-se a importância do acompanhamento psicológico a esta família enlutada.

Na classe 5, a ancoragem esteve voltada ao conhecimento acerca do **“Humanização nos rituais de despedida”** foi constituída de 16 UCEs, representando 12% do total do corpus sendo composta por palavras radicais no intervalo entre $\chi^2 = 47$ (Pano) e $\chi^2 = 12$ (Querer) fizeram parte desse recorte profissional com doutorado, sexo feminino, atuando de 3 a 5 anos. As palavras ancoraram nas questões de humanização e acolhimento no momento da despedida, diante as mortes durante a pandemia do covid-19.

E ela me olhou e ela se permitiu chorar. Ela me disse muito obrigada por me ter deixado entrar, aquilo me ajudou a me sentir mais forte. Esse paninho me acompanha desde bebê e entrar pra ver a minha mãe, pra me despedir da minha mãe com ele, me deu todo um sentido diferente.” / “Como as visitas presenciais estavam proibidas, nós começamos fazer as visitas por vídeo chamadas através do tablete, e muitas dessas visitas serviam como despedida, já que o paciente não ia voltar.” / “Mãe, anda sai daí eu estou te esperando em casa já arrumei o quarto, a gente está te esperando, você é forte, você vai sair... Aí eu escutando aquela mulher, eu imaginei que ela não sabe que a mãe dela vai morrer provavelmente até amanhã / “A paciente já estava em um processo de inchaço e eu não queria tocar

naquela mulher não, mas naquele momento eu entendi que o meu papel passava por aquilo, eu precisava personificar a filha dela ali enquanto a filha dela não estava, então eu fiz e aquela mulher chorou muito se despediu.

O Psicólogo hospitalar, ao desenvolver seu papel, precisa adquirir a compreensão para interpretar além do que é dito, mas também o que está implícito, onde muitas das vezes o que não é dito, pode ter um peso significativo maior até mesmo do que foi verbalizado. Entender que pequenos detalhes podem trazer um significado imensurável para aquelas pessoas, compreender o simbólico, o histórico familiar e o emocional, lembranças boas ou não, porém pertencente a trajetória de vida daquela família. Para a ANCP (2009), o psicólogo neste contexto deve estar atento às necessidades do paciente e família, identificar anseios, medos, valores culturais, e espirituais. Mediando questões pendentes, como despedidas, agradecimentos, reconciliações, ou seja, sendo um facilitador entre o paciente, família e equipe.

Na classe 4, a ancoragem deu-se ao conhecimento acerca da “**Atuação do Psicólogo Hospitalar**” e foi constituída de 18 UCEs, representando 14% do total do corpus sendo composta por palavras radicais no intervalo entre $\chi^2 = 80$ (Psicólogo) e $\chi^2 = 19$ (Tratamento) fizeram parte desse recorte profissionais com especialização em Psicologia Hospitalar, sexo masculino, idades entre 36 a 50 anos e atuando acima de 6 anos. As palavras dessa classe de palavras ancoraram na atuação do psicólogo hospitalar durante a pandemia do covid-19.

Nós psicólogos hospitalares trabalhamos com algumas intervenções que podem começar com uma escuta ativa, uma intervenção psicoterápica de apoio e também alguns exercícios de psicoeducação dependendo de cada caso” / “A assistência que o psicólogo presta aos pacientes que estão vivenciando a fase terminal da vida é de ajudar a compreender sua real situação e a lidar com as questões relacionadas à morte” / “A família é um quadro muito complicado tem alguns familiares que entendem a perda, já terão outros familiares que não irão entender, tem familiar que tenta colocar a culpa na equipe multidisciplinar e já tem familiar que vai dizer poderia ter feito mais e deveria ter cuidado antes, deveria ter prestado atenção na finalização que o paciente estava dando, e outros dizem que a morte só quer uma desculpa.

Assim, espera-se da atuação do psicólogo hospitalar que uma escuta ativa, sendo ela, verbal ou não verbal, ao paciente e a família, aumentará a capacidade de entendimento e irá fortalecer o emocional para lidar com todo o contexto vivenciado, e preparar o seu organismo para responder ao tratamento biomédico da melhor

maneira. A escuta permite ao psicólogo identificar as reais demandas do paciente (OTHERO; COSTA, 2007). O oferecimento de um sistema de suporte à família que facilite a compreensão do processo da doença em todas as fases visa diminuir o impacto que os sintomas psicológicos do doente causam a mesma (MENEZES, PASSARELI, SANTOS; VALLE, 2007).

Na classe 3, a ancoragem desta está ligada ao conhecimento acerca dos “**Cuidados Paliativos**” e foi constituída de 26 UCEs, representando 17% do total do corpus sendo composta por palavras radicais no intervalo entre $\chi^2 = 106$ (Doença) e $\chi^2 = 9$ (Diagnóstico) fizeram parte desse recorte profissionais com especialização e doutorado em Psicologia Hospitalar, idades entre 36 a 50 anos e atuando acima de 6 anos. Esse grupo contemplou discursos que evidenciaram sobre os Cuidados Paliativos na qualidade de vida do paciente com prognóstico inviável à cura, logo algumas pseudo frases:

Cuidado Paliativo é uma abordagem que visa promover melhor qualidade de vida dos pacientes independente de idade e de familiares ou acompanhantes que passam por problemas associados a doenças que ameaçam a continuidade da vida, avaliando e tratando sintomas físicos, psíquicos, sociais e espirituais” / “Cuidados paliativos são cuidados voltados para minimizar o sofrimento causados por doenças ou situações que ameaçam a vida do paciente, em qualquer idade, classe social, visando uma melhor qualidade de vida”/“As principais demandas hospitalares em cuidados paliativos eram referente a quadros oncológicos, na minha prática eu via muito essa questão de doenças que progrediram lentamente, agora com a covid-19, estamos recebendo muito a questão da escuta.

Mediante aos recortes das falas, se evidencia a importância dos CP como uma prática que oferece ao paciente dignidade, autonomia, respeito diante aos seus anseios não somente para morrer, mas conseguir seguir “vivo” durante o percurso daquela doença que ameaça sua vida. Dentre as objetivações dessa classe as expressões mais evocadas; “doença” /” cuidados paliativos” / “qualidade de vida” / “Terminais” ilustra que essa prática continuou sendo promovida mesmo diante do contexto da pandemia do covid-19, com adaptações para atender os novos modos operantes imposto pela dinâmica do coronavírus.

Mesmo diante do tratamento medicamentoso oferecido ao paciente, existe a constante iminência do controle de sintomas. Esse paciente ao perceber uma piora no seu quadro clínico, começa a surgir sentimentos de medo e angústia, e é natural que seus pensamentos venham o sentimento de morte, em virtude disso, existe a necessidade de intervenção do psicólogo hospitalar para que esse paciente receba

apoio emocional se fortalecendo quanto diante do seu diagnóstico, trazendo esse cuidado também a sua família e equipe multidisciplinar, cuidado esse que não pode estar pautado apenas em intervenções técnicas, paliar é fazer mais, é estar o junto daquela pessoa no momento mais difícil de sua existência, seu processo de adoecimento e finitude. Então, estender esse cuidado no apoio às famílias, que após a partida restando a sensação de vazio deste familiar. em especial no período de pandemia onde muitos desses momentos finais da vida do paciente, a família não pode estar junto a ele, ficando ali, o sentimento de total impotência e inconformismo por não poder acompanhar de perto os últimos momentos e despedir-se. Essas interações face a face são consideradas importantes nos chamados “rituais de despedida”, isto é, processos de despedida realizados entre pessoas na iminência da morte e seus familiares (LISBÔA, CREPALDI, 2003).

Para complementar a análise de similitude averiguada pelo dendograma utilizou-se também a análise de nuvem de palavras a qual pode se perceber na Figura 2.

Por fim, observa-se na Figura 2, a nuvem de palavras na qual emerge em concordância com a análise hierárquica descendente, observa-se que a estrutura do conteúdo em relação às Representações Sociais acerca dos Cuidados Paliativos na terminalidade e luto durante a pandemia do Covid-19, onde destacaram as objetivações mais frequentes: “Gente, Paciente, Muito, Cuidados Paliativos, Pessoa, Falar, Esta, Processo, Família, Covid, escuta, luto”, que estão ligadas a importância da prática dos CP no processo de adoecimento, evidenciando seus princípios no que se refere ao acolhimento e cuidado. Nesse sentido prover o alívio da dor e sintomas, promovendo a escuta e suporte ao paciente, equipe e família, durante todo o processo de adoecimento, terminalidade e luto, compreendendo a subjetiva e individualidade daquela pessoa e respeitando as suas necessidades, oferecendo qualidade de vida até o seu último dia.

Segundo a OMS, o tratamento paliativo deve se iniciar o mais precocemente possível, concomitantemente ao tratamento curativo, utilizando-se todos os esforços necessários para melhor compreensão e controle dos sintomas. Compreende-se que ao buscar o conforto e a qualidade de vida por meio do controle de sintomas, pode-se também possibilitar mais dias de vida (OMS, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mediante o estudo transcrito e de sua análise em consonância com o objetivo de compreender as representações sociais acerca dos cuidados paliativos de competência do psicólogo hospitalar durante a pandemia da Covid-19, verificou-se que o conhecimento desses profissionais esteve ancorado no saber teórico e prático envolto por aspectos implicativos da pandemia do COVID-19, tanto na perspectiva dos profissionais, familiares e pacientes, vislumbrando fatores como as reações emocionais e comportamentais no enfrentamento e percepção de finitude da vida frente o Covid-19.

Desse modo, pôde-se esmiuçar a importância do papel do psicólogo nas instituições hospitalares tanto públicas quanto privadas. Sendo assim, observou-se que o conteúdo elaborado pelos psicólogos, com ênfase em sua atuação profissional destacaram a importância dessa prática para uma melhor qualidade de vida em todo o processo de adoecimento, desde o diagnóstico até o processo terminal da doença. No que tange ao paciente e família, as verbalizações evidenciaram o processo de acolhimento, envolvendo a escuta, humanização, assistência na subjetividade desse paciente, com o intuito de preservar sua autonomia e apoio ao enfrentamento da doença.

Em relação às práticas profissionais utilizadas, tanto as suas adaptações decorrentes a pandemia da covid-19, notou-se que psicólogos envolvidos neste estudo em consonância com os demais profissionais que compuseram as equipes multiprofissionais se apropriaram mais uma vez da TRS, onde houve a necessidade de discutir as novas formas de intervenções, esse comportamento ilustrou uma das principais práticas das RS, ou seja, tornar o estranho familiar e o familiar estranho, visto que é imprescindível a continuidade dos CP mesmo em situações emergenciais, assim, criaram-se adaptações a essas práticas do cotidiano hospitalar, facilitando a comunicação entre paciente, equipe e família.

Diante do exposto, neste artigo observou-se durante a coleta de dados que existem poucos profissionais com especialização em cuidados paliativos, notou-se também que mesmo sem a devida formação, a sensibilização perante o sofrimento humano causado pela enfermidade e o risco eminente de morte vivida pelo paciente, faz com que o psicólogo se debruce de forma autônoma em busca de

conhecimentos, e em consonância com os demais profissionais prestem um atendimento o mais humanizada possível diante das possibilidades e realidades individuais.

Em relação às limitações deste estudo, destaca-se que a utilização de uma amostra não probabilística revela-se como uma limitação no que diz respeito à possibilidade de generalização dos resultados. Outras limitações desta investigação deram-se em relação às restrições impostas pelo atual momento pandêmico, na qual em alguns casos não foi possível obter autorização para o estudo. Outro fator deu-se devido a grande carga de trabalho desses profissionais inviabilizando o agendamento para entrevista, mesmo que remotamente. Outra questão limitante foi o pouco tempo para as entrevistas, pois, no caso da modalidade remota o tempo estava cronometrado, e por outro lado, quando realizado presencialmente dentro desses hospitais, era necessário certa brevidade, devido a dinâmica do seu trabalho já que poderiam ser solicitados a qualquer momento para algum atendimento interno.

Espera-se, que tais resultados possam contribuir para futuros estudos diretamente sobre a prática dos CP, vislumbrando despertar sobre sua importância, tanto aos profissionais que exercem dentro de suas atividades, assim como, durante suas formações acadêmicas, favorecendo diálogos e troca de conhecimento. Por fim, entendendo que o trabalho do psicólogo hospitalar está inserido dentro desse contexto e torna-se indispensável sua cooperação em todas essas inquietações ativamente, fazendo com que a psicologia desempenhe o papel de desmistificação e compreensão da importância dos Cuidados Paliativos.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J-C. Pratiques sociales et représentations. Paris: Presses Universitaires de France, 1994a.

AGÊNCIA Fiocruz de Notícias. Observatório Covid-19: 17 estados e DF têm ocupações de leitos de UTI superiores a 90%. Rio de Janeiro 30 de março de 2021. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/observatorio-covid-19-17-estados-e-df-tem-ocupacoes-de-leitos-de-uti-superiores-90> acessado em 31 de Mar. 2021.

ANCP. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009.

BARRETO, Maurício Lima et., al . O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil?. **Rev. bras. epidemiol.**, Rio de Janeiro , v. 23, 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19: recomendações gerais.** Rio de Janeiro, 2020, 342p.

BRUNONI, André Russowsky. **Jornal da USP** - Transtornos mentais podem ter maior recorrência pós-pandemia - São Paulo - SP 20 out. 2020. Disponível em <https://jornal.usp.br/atualidades/transtornos-mentais-podem-ter-maior-recorrencia-pos-pandemia/> Acesso 10 ago. 2021.

CAMARGO, BV, JUSTO AM. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ.** Universidade Federal de Santa Catarina [Internet]. 2013 [citado 2015 out 15]. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>.

CHAVES, A. M., & Silva, P. L. (2013). **Representações sociais**. In A. R. R. Torres, L. Camino, M. E. O. Lima, & M. E Pereira (Orgs.), *Psicologia Social: Temas e teorias* (pp. 411-462). Brasília: Technopolitik.

CHIATTONI, H. B. de C. A Significação da Psicologia no Contexto Hospitalar. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. (Org.). **Psicologia da Saúde: um novo significado para a prática clínica.** 2. ed. São Paulo: Cengage Learning Edições, 2011, p. 145-233.

DOMINGUES, G. R.; ALVES, K. D. O.; CARMO, P. H. S. D. *et al.* A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. **Psicologia Hospitalar**, v. 11, n. 1, p. 2-24, 2013.

FARR, R. M. (2009). Representações sociais: a teoria e sua história. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em representações sociais* (11a ed., pp. 31-59). Petrópolis, RJ: Vozes.

FONSECA, J. P. Luto antecipatório. Campinas (SP): Livro Pleno; 2004.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia COVID-19: cuidados paliativos. Rio de Janeiro: Autor (2020).

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GONSALVES, E. P. **Iniciação à pesquisa científica.** Campinas, SP> Alinea, 2001. pg67

INCONTRI, D., & SANTOS F. S. (2010). **Educação para a vida e para a morte do ensino fundamental à universidade.** In F. S. Santos, *A arte de morrer: Visões plurais* (Vol. 3). Bragança Paulista: Comenius.

HERMES, H. R.; LAMARCA, I. C. A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 9, p. 2577-88, 2013.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In D. Jodelet (Ed.), *As representações sociais* (pp. 17-44). Rio de Janeiro: UERJ. (2001).

KOVÁCS, M. J. (2008). Desenvolvimento da tanatologia: Estudos sobre a morte e o morrer. *Paidéia*, 18(41), 457-468.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer.* São Paulo: Martins Fontes; 2017.

LAHLOU, S. (2012). Text Mining Methods: An answer to Chartier and Meunier. *Papers on Social Representations*, 20 (38), 1.-7.

LISBÔA, M. L., & Crepaldi, M. A. (2003). Ritual de despedida em familiares de pacientes com prognóstico reservado. *Paidéia*, 13(25), 97-109.

MAIA, L. S. L. *Les Représentations des Mathématiques et de leur enseignement: exemple des pourcentages.* 1997. Tese (Doutorado) – Lille: Presses Universitaires du Septentrion, Lille, 1997.

MENDES, Bruno Henrique; *Psicologia Hospitalar e Terminalidade: Possibilidades de Intervenção. Idon Line Rev.Mult. Psic.*, Maio/2020, vol.14, n.50, p. 795-803. ISSN: 1981-1179.

MENEZES, C. N. B.; Passareli, P. M.; Santos, M. A. dos.; Valle, E. R. M. do. (2007). Câncer infantil: organização familiar e doença. *Revista Mal-estar e Subjetividade*, vol. VII (1), 191-210 Fortaleza, Mar.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MIYAZAKI, M. C. O. S.; GORAYEB, R.; SANTOS JUNIOR, R.; NAKAO, R. O trabalho do psicólogo em equipes de saúde. In: Gorayeb, R.; Miyazaki, M. C. O. S.; 2010.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: Investigações em psicologia social** (7ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes 2012.

_____. **Representações sociais: investigações em psicologia social** (7ª ed.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

_____. **A representação social da psicanálise**. Tradução de Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia. Brasília (DF); 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Pneumonia de causa desconhecida - China. Genebra: OMS; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/> acesso em 29 Mar 2021.

OTHERO, M. B.; Costa, D. G. (2007). Propostas desenvolvidas em cuidados paliativos em um hospital amparador – terapia ocupacional e psicologia. *Revista prática Hospitalar*, Ano IX (52), 157-160, Jul./Ago.

PALMONARI, A., CERRATO, J. Representações sociais e psicologia social (J. H. Chinatti, trad.). In A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, & Z. A. Trindade (Orgs.), **Teoria das representações sociais: 10 anos** (2ª ed., pp.401-440). Brasília: Technopolitik. (2014).

RAMÍREZ-ORTIZ, J.; CASTRO-QUINTERO, D.; LERMA-CÓRDOBA, C.; YELA-CEBALLOS, F.; ESCOBAR-CÓRDOBA, F. (2020). Consecuencias de la pandemia COVID-19 en la Salud Mental asociadas al aislamiento social. *SciELO Preprints*, 1–21. doi: <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.303>.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. (2012). Application de la méthode ALCESTE à de “gros” corpus et stabilité des “mondes lexicaux” : analyse du “CableGate” avec IraMuTeQ. Em: Actes des 11eme Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles (835–844). Presented at the 11eme Journées internationales d’Analyse statistique des Données Textuelles. JADT 2012.

RODRIGUES MVC, Ferreira ED, MENEZES TMO. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. *Rev Enferm UERJ* 2010; 18(1):86-91.

SÁ, C. P. **Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria**. In: SPINK, M. J. (Org). O conhecimento do cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1995.

_____. **Estudos de psicologia social: história, comportamento, Representações e memória**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2015.

SÁ-Serafim R,BÚ E., LIMA-Nunes A. Manual de diretrizes para atenção psicológica nos hospitais em tempos de combate ao COVID-19. *Revista saúde & ciência online* [Internet]. 2020[acesso em 2020 jun 11];8(2):1-24.

WALLACE, C. L. *et al.* Grief During the COVID-19 **Pandemic: considerations for palliative care providers: Considerations for Palliative Care Providers. Journal Of Pain And Symptom Management**, abr. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>.

WHO. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: WHO, 2002.

WHO. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva, WHO, 2010. Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1

TRUCHARTE, Fernanda Alves Rodrigues **Psicologia hospitalar: teoria e prática** Fernanda Alves Rodrigues Trucharte, Rosa Berger Knijnik, Ricardo Werner Sebastiani ; Valdemar i Augusto Angerami-Camon (organizador). -- São Paulo : Pioneira Thomson Learning, 2003.

ZHOU, P.; YANG, XL.; WANG, XG. *et al.* Surto de pneumonia associado a um novo coronavírus de provável origem em morcego. *Nature* 579, 270-273 (2020).

ZHU N,Zhang D,WANG W, LI X, YANG B, SONG J, *et al.* **A novel coronavirus from patients with pneumonia in China**, 2019. *N Engl J Med* [Internet]. 2020 Feb [cited 2020 Mar 4]; 382:727-33.

