

# **DIVERSIDADES DO SABER PSICOLÓGICO: REFLEXÕES TEÓRICAS E EMPÍRICAS**



  
**Editora  
Unesp**

**Organizadores:**  
**Maria da Penha de Lima Coutinho**  
**Iany Cavalcanti da Silva Barros**  
**Fabrycianne Gonçalves Costa**  
**Márcio de Lima Coutinho**

ISBN: 978-65-5825-008-1

DIVERSIDADES DO SABER PSICOLÓGICO: REFLEXÕES TEÓRICAS E  
EMPÍRICAS

Maria da Penha L. Lima  
Iany Cavalcanti da Silva Barros  
Fabricyenne Gonçalves Costa  
Marcio de Lima Coutinho  
(Organizadores)

Centro Universitário – UNIESP

Cabedelo - PB  
2020



## **CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIESP**

### **Reitora**

Érika Marques de Almeida Lima Cavalcanti

### **Pró-Reitora Acadêmica**

Iany Cavalcanti da Silva Barros

### **Editor-chefe**

Cícero de Sousa Lacerda

### **Editores assistentes**

Hercilio de Medeiros Sousa

Josemary Marcionila F. R. de C. Rocha

### **Editora-técnica**

Elaine Cristina de Brito Moreira

### **Corpo Editorial**

Ana Margareth Sarmiento – 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

Márcia de Albuquerque Alves – Ciências Contábeis

Maria da Penha de Lima Coutinho – Psicologia

Paula Fernanda Barbosa de Araújo – Medicina Veterinária

Rita de Cássia Alves Leal Cruz – Engenharia

Rogério Márcio Luckwu dos Santos – Educação Física

Zianne Farias Barros Barbosa – Nutrição

Copyright © 2020 – 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:**  
Júlio Isidro Alves Neto

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

D618 Diversidades do saber psicológico: reflexões teóricas e empíricas [recurso eletrônico] / organizado por Maria da Penha L. Lima... [et al]. - Cabedelo, PB: Editora UNIESP, 2020. 229 p.

Tipo de Suporte: E-book  
ISBN: 978-65-5825-008-1  
Vários colaboradores

1. Psicologia - Coletânea. 2. Psicologia - Diversidades. 3. Multiplicidade Psicológica. 4. Psicologia - Interdisciplinaridade. I. Título. II. Lima, Maria da Penha L. III. Barros, Iany Cavalcanti da Silva. IV. Costa, Fabricyane Gonçalves. V. Coutinho, Márcio de Lima.

CDU: 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

---

### PARTE 1 ESTUDOS TEÓRICOS

---

1 Teorias das Representações Sociais

Maria da Penha de Lima Coutinho, Fabrycianne Gonçalves Costa, Iany Cavalcanti, Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva, Érika Marques de Almeida Lima

2 A História Da Psicologia Social: Uma Visão Estudantil

Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva; Soraya da Nóbrega Lellys Burkhardt; Ana Maria Tavares De Freitas; Caroline Oliveira Da Silva; Cláudia Maria Da Conceição De Carvalho Xavier

3 Bem-estar Subjetivo: O estudo Científico da Felicidade

Fabrycianne Gonçalves Costa

4 A Redução de Danos e a perspectiva de uma assistência integral no Campo da Saúde Mental

Leandro Roque da Silva

5 A avaliação psicológica em seus múltiplos contextos

Kay Francis Leal Vieira

6 Caminhada neurológica do saber

Antônio Augusto Albuquerque Vaz; Danilo Andrade de Menezes

7 A psicologia clínica na infância e na adolescência: conceitos e abordagens

Aline Arruda Rodrigues da Fonseca

8 Anotações De Uma Sala De Aula: Tradições Da Psicologia Social

Andresa Carvalho dos Santos; Vanessa Allana Nunes Candido; Anselmo Freire de Carvalho; Andréa Moura de Souza; Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva

9 A resistência galvânica periférica (RGP) na psicofisiologia da experiência artística

Danilo Andrade de Menezes; Antônio Augusto Albuquerque Vaz

10 Violência na escola: como acontece e como o psicólogo escolar pode intervir?

Jaqueline Gomes Cavalcanti; Olivia Dayse Leite Ferreira

11 A Psicologia Jurídica: Relato De Estágio Em Vara De Execução Penal

Tatiana Cavalcanti de Albuquerque Leal; Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva

12 A importância dos recursos técnicos da dinâmica de grupo no desenvolvimento das relações interpessoais

Maria Josina Ferreira

---

### PARTE 2 ESTUDOS EMPÍRICOS

---

13 Pré-atendimento de crianças com transtorno do espectro do autismo na clínica-escola do uniesp: um relato de experiência

Ana Flávia de Oliveira Borba Coutinho; Márcio de Lima Coutinho; Gláucia Maria Matos de Castro; Kívia Vanessa de Barros Gomes; Luciana Karlla de Melo Madruga Navarro; Myrian Ba Hannah Lucena Silva; Maria da Piedade Lucena da Cunha Lima; Érika Marques de Almeida Lima;

14 Atuação do Psicólogo em Políticas Públicas Sociais no Sistema Único de Assistência Social (Suas)

Denise Reinaldo Pereira; Gildevan Estrela Dantas; Alcira de Lourdes Teotonio Cavalcanti

15 A prevalência da sintomatologia depressiva entre pessoas com doença renal crônica e familiares

Fabrycianne Gonçalves Costa; Maria da Penha de Lima Coutinho, , Érika Marques de Almeida Lima

16 Avaliação da Teoria da Mente em crianças com o Transtorno de Espectro Autista: Um estudo comparativo

Olívia Dayse Leite Ferreira; Idaiany Miquelly de Araújo Sousa; Jaqueline Gomes Cavalcanti

17 Habilidades sociais em idosos: um estudo comparativo

Luciene Costa Araújo Moraes; Eliza Maria Silva Moreira; Brenno Arley Rodrigues de Souza

# PREFÁCIO

“Diversidades do saber psicológico: reflexões teóricas e empíricas” é o segundo volume de uma série de coletâneas constituído de dezenove capítulos os quais aborda estudos teóricos e práticos, organizado pela professora Maria da Penha L. Coutinho – professora emérita da UFPB, membro do corpo docente da pós-graduação do curso de psicologia da UFPB e coordenadora do curso de Psicologia do Centro Universitário - UNIESP.

Vale registrar que o mesmo se caracteriza além de fomento nas atividades de ensino, pesquisa e extensão, como também um veículo de produção acadêmica dos docentes e discentes. Aborda uma multiplicidade e interdisciplinaridade de conteúdos teóricos e metodológicos adotando uma práxis plural do campo do saber da Psicologia, com a finalidade de uso intra/extra sala de aula, não só nas atividades de ensino, mas também na ancoragem de pesquisa e extensão, uma vez que, a psicologia enquanto ciência procura alcançar a compreensão dos indivíduos com a finalidade de solucionar problemas relacionados aos comportamentos.

É composto por dezenove capítulos que abrange estudos teóricos e empíricos abordando os seguintes temas: conteúdos sobre as Teorias das Representações Sociais; a história da Psicologia Social: uma visão estudantil; o estudo científico da Felicidade; a aplicabilidade dos métodos e técnicas da estatística na psicologia; a avaliação psicológica em seus múltiplos contextos; caminhada neurológica do Saber; a Psicologia clínica na infância e na adolescência: conceitos e abordagens; anotações de uma sala de aula: tradições da Psicologia Social; a resistência galvânica periférica (RGP) na psicofisiologia da experiência artística; a Psicologia do Esporte; violência na escola: como acontece e como o psicólogo escolar pode intervir? a Psicologia Jurídica: relato de estágio em vara de execução penal; a importância dos recursos técnicos da dinâmica de grupo no desenvolvimento das relações interpessoais; a Prática da Psicologia no contexto da pessoa com deficiência; a atuação do psicólogo social comunitário; a prevalência da sintomatologia depressiva entre pessoas com doença renal crônica e familiares; avaliação da Teoria da Mente em crianças com o Transtorno de

Espectro Autista: um estudo comparativo; habilidades sociais em idosos: um estudo comparativo.

## **AGRADECIMENTOS**

A nossa Reitora Profa. Erika Marques, pelo apoio irrestrito para a publicação desse livro.

A Profa. Iany Cavalcanti a nossa Pro-reitora Acadêmica, pela incentivo do produção desse livro.

Ao prof. Cícero de Sousa Lacerda, Coordenador da COOPERE, pelo suporte técnico e disponibilidade.

À Hercílio de Medeiros pelo apoio incondicional a esse livro

A Coordenadora do NUCOM, Chris Guedes pela confecção da Capa do livro e toda sua equipe técnica;

Ao Prof. Marcio Coutinho pela ajuda na organização do mesmo.

A profa. Iany Cavalcanti, Profa. Frabryciane, Prof. Marcio Coutinho que me ajudaram na revisão e organização do mesmo,

A todos os autores que contribuíram na construção dos capítulos.

Enfim, a todas e todos que colaboraram direta e indiretamente para o êxito deste livro.

**PARTE**  
**1**

**ESTUDOS TEÓRICOS**

## 1 Teorias das Representações Sociais

Maria da Penha de Lima Coutinho  
Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva  
Iany Cavalcanti Barros  
Fabrycianne Gonçalves Costa  
Érika Marques de Almeida Lima

### **Aspectos fundamentais da Teoria das Representações Sociais**

A Teoria das Representações Sociais (TRS) surgiu a partir da obra seminal de Serge Moscovici (14/06/1925 - 16/11/2014), "*La psychanalyse, son image et son public*", publicada em 1961 e posteriormente atualizada em 1976. É a partir dela que emergiu um novo axioma na Psicologia Social: a abordagem psicossociológica, estabelecendo a ligação entre a psicologia e a sociologia e atualmente ocupa um lugar importante no interior da Psicologia Social (COUTINHO; SARAIVA, 2013). Além de psicólogo social, Moscovici era Filósofo da Ciência, Antropólogo e Teórico da Ecologia.

Moscovici compreendeu que a Psicologia Social não poderia se fechar às questões colocadas pelas sociedades cambiantes. Partindo desta premissa, operacionalizou um conceito capaz de trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica e diversidade e, sobretudo, reconhecendo o ser humano enquanto sujeito de conhecimento e, por suposto, participante ativo na construção e compreensão da sua realidade cotidiana (ARRUDA 2002; SILVA; TRINDADE; SILVA JÚNIOR, 2012).

Evidentemente, Moscovici não elaborou sua teoria num vácuo cultural, a esse respeito se ancorou em várias propostas teóricas a exemplo dos estudiosos; Merleau-Ponty, Gramsci, Lévy-Bruhl, Piaget, Vygotsky, Durkheim, Weber, Simmel e Freud (LAHLOU, 2011; FARR, 2008). Embora a gênese da TRS tenha advindo da reflexão de Moscovici sobre o conceito de representação coletiva assumido pelo seu ancestral, o sociólogo Émile Durkheim (FARR, 2008). Entretanto, a perspectiva adotada pelo sociólogo discutia a diferenciação dos fatos psíquicos dos fatos sociais, favorecendo, em contrapartida, a primazia do social sobre o individual e, conseqüentemente, o estudo da consciência coletiva estendível no tempo e no espaço social e impermeável às transformações sociais.

Dessa forma, a noção de representação coletiva revela o elemento simbólico da vida social como elemento de integração entre seus membros e como uma ferramenta

por meio da qual a sociedade se torna consciente de si mesma, Moscovici, sob fortes influências epistemológicas, considerou necessário reformular o conceito original em diversos aspectos, pois, para ele, Durkheim "não deu conta das características destas formas de ideação coletiva nem da estrutura ou do funcionamento como processo cognitivo" (ALBA, 2011, p. 400). Conforme Moscovici, a noção de representação social abarca um processo sociocognitivo de natureza específica, e não apenas uma classe generalista de ideias com o objetivo de contemplar toda e qualquer forma de pensamento social. As representações são, no entanto, geradas e adquiridas ao mesmo tempo, tornando-se mais dinâmicas, ao contrário de uma compreensão estática, fixa, imposta ou pré-estabelecida como resguardara seu conceito ancestral, a noção de representação coletiva (ALBA, 2011, p. 400 ).

Sendo assim, as representações sociais (RS) são fenômenos que precisam ser descritos e explicados a partir do seu contexto de produção; não são apenas um produto da idealização grupal, mas igualmente um processo, uma forma de entender e comunicar (MOSCOVICI, 2012; NÓBREGA, 2003;). Para Durkheim, entretanto, a sociedade adentra a consciência do indivíduo através da educação, regulando-o e exercendo forte poder de coerção social. Neste cenário, a existência do sujeito independente é praticamente uma ilusão, uma vez que os membros da sociedade são fortemente determinados por ela, aprisionando-se na própria cultura (ALBA, 2011, p. 400 ).

Apesar dessas divergências, convém destacar que as diferentes proposições são pertinentes aos seus contextos de criação, em decorrência dos paradigmas que nortearam a visão de homem e de sociedade para cada momento histórico. Por seu tempo, no contexto de Durkheim, na Era Vitoriana, esperava-se uma perspectiva que fosse consonante com a noção de estabilidade da sociedade naquela conjuntura, diferentemente da perspectiva de Moscovici, que marcou um contexto histórico revolucionário que desembocou num novo posicionamento epistemológico para o foco de análise da Psicologia Social Moderna na esfera da tradição europeia.

Conforme essa perspectiva, a abordagem psicossociológica contempla a fronteira entre o psicológico e o social a partir do princípio da indissociabilidade entre o indivíduo e a sociedade, sujeito e objeto, interno e externo, considerando tanto o funcionamento cognitivo, como o funcionamento do sistema social, dos grupos e das suas interações (NÓBREGA, 2003). Ao romper com a tendência dualista de separar os fenômenos psíquicos dos fenômenos sociais, Moscovici impugnou a forma psicológica

de conceber o indivíduo enquanto entidade a ser meramente adaptada ao corpo social, em detrimento do estudo sobre as questões que atravessavam a construção do conhecimento da realidade social (ÁLVARO; GARRIDO, 2006; PALMONARI; CERRATO, 2011).

Considerando que a matéria prima com a qual Moscovici trabalha é constitutiva e constituída em parte pelo saber ingênuo, popular (o saber do senso comum), que aciona os modos de significar e possibilitam as comunicações, a Psicologia Social não poderia prescindir de ponderar a importância da cultura e da história (Arruda, 2003). Desse modo, a TRS reposicionou nos espaços característicos da teoria e do método em Psicologia Social um lugar para o mundo social e seus imperativos, sem perder de vista a capacidade criativa e transformadora dos atores sociais (JOVCHELOVITCH, 2008).

Como desdobramento dessa realidade, a proposição teórica de Moscovici situou a psicologia no território das humanidades, reconhecendo que os seres humanos não se encerram no limite da própria pele, mas são expressões e agentes de uma cultura (ARRUDA, 2003). Assim, um dos grandes desafios desta perspectiva se situa na compreensão do social; na qual Moscovici a transformou de uma simples variável capaz de exercer influência sobre os fenômenos em um elemento basilar dos fenômenos psicossociais (CHAVES; SILVA, 2011). Com efeito, no âmbito científico, a perspectiva em emergência não se preocupou apenas com os resultados da pesquisa, isto é, com o avanço da ciência, mas passou a se interessar também pela investigação das suas repercussões sobre a realidade social dos seus destinatários.

Dessa forma, Moscovici (2012) define a representação social como “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos”. As RS são, segundo ele, um conjunto de conceitos, proposições e explicações socialmente construídos por um grupo nas comunicações interpessoais da vida cotidiana. O autor confere às RS um caráter de conhecimento coletivo destinado à interpretação e à elaboração do real, ao afirmar que as mesmas são usadas pelas pessoas para orientar seus comportamentos no meio social, e fornecem elementos para facilitar a comunicação com o seu entorno social.

As RS também compreendem conjuntos simbólicos/práticos/dinâmicos, cujo status é o de uma produção e não de uma reprodução ou reação a estímulos exteriores. Caracteriza-se pela utilização e seleção de informações, a partir do repertório circulante na sociedade, destinadas à interpretação e à elaboração do real. Assim, representar um

objeto, pessoa ou coisa não consiste apenas em desdobrá-lo, emití-lo ou produzi-lo, mas em reconstruí-lo, retocá-lo e modificá-lo (MOSCOVICI, 2012). O conceito de RS é amplo e envolve a forma como as pessoas elaboram e exemplificam sobre a sua vida cotidiana em sociedade. Envolve os processos pelos quais os indivíduos, em interação social, constroem teorias sobre os objetos sociais que tornam viável a comunicação e a organização dos comportamentos.

Nessa perspectiva, a TRS caracteriza-se pela presença do imaginário e da linguagem, marcada pela presença de discussões ideológicas, que garantem a prevalência do social, e pelos processos que explicam a dinâmica de intergrupo. Desse modo, a TRS trata de operacionalizar o pensamento social em sua dinâmica e diversidade. Parte do pressuposto de que existe forma de conhecer e de se comunicar guiada por objetivos diferentes, formas que são móveis. A sociedade é vista como uma criação visível, na forma consensual, contínua, permeada com sentido e finalidade, denotando uma voz humana, que se constitui essencialmente na conversação informal e na vida cotidiana. A sociedade é transformada em um sistema de instituições sólidas, básicas, invariáveis, indiferentes à individualidade e não possui identidade, é como se porta na forma científica (ARRUDA, 2002).

A TRS parte do pressuposto da existência de dois universos nos quais os conhecimentos podem ser elaborados e são guiados por objetivos diferentes, são eles: o universo consensual e o reificado. Para Moscovici, a sociedade é vista como uma criação visível, na forma consensual, contínua, permeada com sentido e finalidade, denotando uma voz humana, que se constitui essencialmente na conversação informal e na vida cotidiana. (MOSCOVICI, 2012).

As RS constroem-se mais frequentemente na esfera consensual, embora as duas esferas não sejam totalmente estanques. As sociedades são representadas por grupos de iguais, todos podem falar com a mesma competência. A Representação Social é um senso comum, acessível a todos. O Universo reificado (ou científico) se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. A sociedade é de especialistas onde há divisão de áreas de competência. Aqui é a Ciência que retrata a realidade independente de nossa consciência, estilo e estrutura fria e abstrata.

Moscovici (2012), afirma então, que em um universo consensual, a sociedade é vista como um grupo de pessoas que são livres e iguais, enquanto num universo reificado a sociedade é percebida como um sistema de diferentes papéis e classes, como o que ocorre nos contextos hospitalares, cujos profissionais são desiguais em seus

desempenhos. Essas percepções criam o contraste entre esses universos, gerando um impacto psicológico, esses limites entre eles provocam divisão da realidade coletiva existente nesses contextos de trabalho. Desse modo, o autor destaca que as RS ~~representações sociais~~ se constroem numa conduta mais consensual, mesmo que seus estudos pautados nos moldes científicos tragam códigos decifráveis no que qualifica às dinâmicas internas e externas dos grupos. Os indivíduos, estejam onde estiverem, verificam, analisam, constroem percepções espontâneas, não oficiais, que são geradoras de um impacto efetivo no manuseio de suas relações sociais constituindo processos que alimentam o pensamento.

As representações apresentam duas funções, conforme descreve Moscovici (2012): (i) elas ‘convencionalizam’ os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram. Elas lhes dão uma forma definitiva, as localizam em uma determinada categoria e gradualmente as põem como um modelo de determinado tipo, distinto e partilhado por um grupo de pessoas. Todos os novos elementos se juntam a esse modelo e se sintetizam nele. Mesmo quando uma pessoa ou objeto não se adéquam exatamente ao modelo, nós o forçamos a assumir determinada forma, entrar em determinada categoria, na realidade, a se tornar idêntico aos outros, sob pena de não ser nem compreendido, nem decodificado. Nós pensamos através de uma linguagem; nós organizamos nossos pensamentos, de acordo com um sistema que está condicionado, tanto por nossas representações, como por nossa cultura; e (ii) Representações são ‘prescritivas’, isto é, elas se impõem sobre nós com uma força irresistível. Essa força é uma combinação de uma estrutura que está presente antes mesmo que nós comecemos a pensar e de uma tradição que decreta o que deve ser pensado.

Para compreender melhor esse processo, Moscovici (2012), envolve o fenômeno de algumas RS, por meio de algumas questões, uma delas é por que criamos representações? A resposta é que a finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar. Dessa forma, toda representação emerge da necessidade de transformar o que é estranho, o que não é compreendido, em algo familiar. Ele considera que os universos consensuais são universos familiares nos quais as pessoas querem ficar, uma vez que não há conflito. Nesse universo, tudo o que é dito, ou feito, confirma as crenças e as interpretações adquiridas. A dinâmica das relações, quase sempre, é uma dinâmica de familiarização em que os objetos, pessoas e acontecimentos são compreendidos previamente. O não familiar vai falar das ideias ou as ações que nos incomodam e são causadores de tensão. Essa tensão entre o familiar e o não familiar é

sempre situada em nossos universos consensuais, em favor do primeiro. Contudo, o que nos é incomum, não familiar é assimilado e pode modificar nossas crenças. Esse é o processo de rerepresentar o novo (MOSCOVICI, 2012).

Para Jodelet, uma das maiores expoentes das RS, estas constituem modalidades de pensamento prático, orientadas para a comunicação, compreensão e domínio do entorno social, material e ideológico, cujos conteúdos referem-se às condições e aos contextos em que surgem as representações, mediante as comunicações nas relações intergrupais. Desse modo, esta teoria consiste em uma maneira de interpretar e de pensar a realidade cotidiana, uma forma de conhecimento social que ocorre através do contexto concreto em que se situam os indivíduos e os grupos e, sobretudo, da comunicação que se estabelece entre eles, pela bagagem cultural de cada um, pelos valores e ideologias (JODELET, 2009).

Na perspectiva de Jodelet (2009), há quatro características fundamentais no ato de representar: (i) a representação social é sempre representação de alguma coisa (objeto) e de alguém (sujeito); (ii) a representação social tem com seu objeto uma relação de simbolização (substituindo-o) e de interpretação (conferindo-lhe significações); (iii) a representação será apresentada como uma forma de saber: de modalização do objeto diretamente legível em diversos suportes linguísticos, comportamentais ou materiais, ela é uma forma de conhecimento; (iv) qualificar esse saber de prático se refere à experiência a partir da qual ele é produzido, aos contextos e condições em que ele o é e, sobretudo, ao fato de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro.

As RS permitem expor as concepções individuais do grupo e de sua relação com o mundo social. Uma representação social é uma forma de saber prático, relacionando um sujeito a um objeto. É a representação de um objeto e de um sujeito, e uma forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, que tem objetivos práticos e contribui para a construção de uma realidade comum a um grupo social (JODELET, 2009). Mostra-se como formas de conhecimento que se expressam como elementos cognitivos, através de imagens, categorias, conceitos e teorias, não se reduzido, contudo, aos componentes cognitivos.

Em sendo, as RS, socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuem para a construção de uma realidade comum, que favorece a comunicação (RIBEIRO; OLIVEIRA; COUTINHO; ARAÚJO, 2007). Frente a essa exposição, as representações são essencialmente fenômenos sociais que mesmo originando-se de seu conteúdo

cognitivo, devem ser compreendidas mediante seu contexto de produção, bem como a partir das funções simbólicas e ideológicas a quem servem e das maneiras de comunicação onde circundam.

Uma representação é considerada uma representação social na medida em que é partilhada por um conjunto de indivíduos, no sentido em que é coletivamente produzida como resultado de atividade cognitiva e simbólica, por um grupo social, e pela funcionalidade. Tais representações são teorias sociais práticas, são uns saberes práticos, são os organizadores das relações simbólicas entre os atores sociais (SILVA; SAMPAIO; CABRAL; AUGUSTO; MANCINI, 2007). Como a representação é partilhada por um grupo de indivíduos, a comunicação entre eles é facilitada, as formas de conhecimento se manifestam como elementos cognitivos, sendo socialmente elaboradas e compartilhadas, contribuindo para a construção de um senso comum.

De acordo com Moscovici (2012), a construção sociocognitiva de uma representação social passa por várias fases, entre a realidade prática e o pensamento socialmente edificado, demonstrando a existência de um estilo intelectual próprio à representação social de um grupo de pertença. O uso de clichês, de expressões armazenadas em estoques linguísticos ou fórmulas de interação social, consistem em estilos intelectivos, acrescidos das analogias e metáforas próprias de uma construção do senso comum calcada nos processos de comunicação social e no tecido social.

As RS encontram-se na interface do psicológico com o social e, como elaborações coletivas, socialmente elaboradas e partilhadas, organizam-se a partir das informações que os sujeitos adquirem e agregam aos seus próprios conhecimentos, articulando-as às suas experiências práticas do cotidiano, transformado em um processo de apreensão permanente de saberes e de modelos sociais (JODELET, 2009).

### **Principais correntes teóricas- metodológicas**

A TRS possui uma multiplicidade de correntes que se dedicam a diferentes aspectos de constituição das RS, as quais, apesar de manterem sempre um vínculo com a teoria inicial e suas concepções, gradativamente formam sistemas teóricos e metodológicos próprios, cada vez mais específicos. São elas, as abordagens Dimensional, Estrutural e Societal.

A abordagem Dimensional, ou sócio-genética, foi proposta pelo próprio Moscovici (2012) e teve como sua principal expoente Denise Jodelet. As RS são compreendidas como um processo tridimensional, sistematizadas três dimensões

básicas; a informação, o campo da representação ou imagem, e a atitude. A informação corresponde à organização do conhecimento de um determinado grupo frente a um objeto social, variando conforme a quantidade e a qualidade desse conhecimento. Está relacionada com a organização dos conhecimentos que um grupo de pertença possui a respeito de um objeto social, a partir de um saber consistente e permite realizar uma discriminação precisa entre os níveis de conhecimento. Os níveis de conhecimento correspondem a certa quantidade de informação que circula socialmente entre informantes ou participantes de um grupo social, que variam dos mais aos menos informados (MOSCOVICI, 2012).

O campo de representação leva-nos à ideia de imagem, de modelo social, de como é processada pelo conteúdo concreto e limitada das proposições relativas a um aspecto do objeto das representações. A existência de um campo representacional pressupõe a ocorrência de uma unidade hierarquizada de elementos que orientam a formação dos juízos e das afirmações sobre o objeto representacional.

A atitude é a dimensão mais frequente de uma representação social, destaca a orientação do comportamento global do indivíduo ou grupo de pertença, em relação ao objeto representacional, sendo ela que dinamiza e orienta efetivamente as condutas relacionadas ao objeto representado. As pessoas se posicionam favoráveis ou desfavoráveis frente ao novo elemento a ser categorizado e nomeado, sendo ainda possível a identificação de atitudes intermediárias. Esta concepção leva à teorização de que uma pessoa se informa e representa alguma coisa unicamente depois de ter adotado uma posição e em função da posição tomada (SARAIVA, 2010).

Conforme Passeggi (2003, p.48) a perspectiva processual, considera que a construção das representações é situada psicossocialmente e que ela evolui em dois sentidos: na história social do grupo e na história social do indivíduo, articuladas à história social dos objetos representados. A abordagem Dimensional foi utilizada pela primeira vez em Paris no estudo sobre as RS da loucura, Jodelet (1989), esta autora prioriza como se formam as RS, e, dá ênfase à utilização de métodos qualitativos, com predominância para o uso da observação de campo e da entrevista em profundidade.

A abordagem Estrutural ou Teoria do Núcleo Central, proposta por Abric em 1976, com a colaboração de Flament, tem como foco a estrutura das RS (SÁ, 1996 OU 1998???, WACHELKE; CAMARGO, 2007). Destaca a dimensão cognitivo-estrutural, empregando uma metodologia experimental, com a coleta de palavras por meio da associação livre e do tratamento de dados por programas computacionais.

Para Abric (2000 ou 2002??), essas representações têm um papel fundamental na dinâmica das relações e nas práticas sociais e respondem a quatro funções que as sustentam: (i) função de saber: as RS permitem compreender e explicar a realidade. Elas permitem que os atores sociais adquiram os saberes práticos do senso comum em um quadro assimilável e compreensível, coerente com seu funcionamento cognitivo e os valores aos quais eles aderem; (ii) função identitária: as RS definem a identidade e permitem a proteção da especificidade dos grupos. As representações têm por função situar os indivíduos e os grupos no campo social, permitindo a elaboração de uma identidade social e pessoal gratificante, compatível com o sistema de normas e de valores socialmente e historicamente determinados; (iii) função de orientação: as RS guiam os comportamentos e as práticas. A representação é prescritiva de comportamentos ou de práticas obrigatórias. Ela define o que é lícito, tolerável ou inaceitável em um dado contexto social; e (iv) função justificadora: por essa função as representações permitem, a posteriori, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. As representações têm por função preservar e justificar a diferenciação social, e elas podem estereotipar as relações.

Por fim, a abordagem Societal, ou sociodinâmica, encabeçada por Willem Doise, em Genebra, na Suíça, procura articular a teoria que estuda os processos das relações sociais, que devem ser entendidas como tomadas de posição, inserção social e dinâmica. Este autor pinça da TRS o princípio da homologia estrutural em que as questões relacionadas ao poder e da dominação social influenciam diretamente no senso comum. Esta abordagem se vincula ao estudo das ancoragens. Enfatiza a dimensão cognitivo-estrutural, utilizando uma metodologia experimental e utiliza os tratamentos estatísticos correlacionais, com a aplicação de questionários a um grande número de participantes.

A perspectiva societal recorre a quatro níveis de análise, que são frequentemente praticados pelos psicólogos sociais: o intraindividual, o interindividual e situacional, o intragrupal e o intergrupar.

No nível de análise dos processos intraindividuais, os modelos utilizados tratam da maneira pela qual o indivíduo organiza suas experiências com o meio ambiente. No segundo nível, os processos interindividuais e situacionais são considerados como intercambiáveis. São os sistemas de interação entre indivíduos que fornecem os princípios explicativos típicos das dinâmicas deste nível. As pesquisas sobre as redes de comunicação ilustram bem este nível, bem como as experiências com jogos de motivações mistas. O terceiro nível de análise proposto por Doise (2002) leva em conta

as diferentes posições que os atores sociais ocupam no tecido das relações sociais, características de uma sociedade e analisa como suas posições modulam os processos do primeiro e do segundo níveis. Neste nível estão situadas, principalmente, as pesquisas com grupos de status diferentes, tais como dominantes e dominados, majoritários e minoritários, entre outros. O quarto nível de análise remete aos sistemas de crenças, representações, avaliações e normas sociais. As produções culturais e ideológicas, características de uma sociedade ou de certos grupos, não somente dão significação aos comportamentos dos indivíduos, como também criam ou dão suporte às diferenciações sociais em nome de princípios gerais. (SARAIVA, 2010).

### **Processos de formação das Representações Sociais**

A formação da representação social é subsidiada em dois processos: o de objetivação e a ancoragem. Esses processos correspondem à materialização das abstrações, ou seja, à transformação em objeto do que é representado, e a compreensão da maneira pela qual o desconhecido ou novo é incorporado às relações sociais, tornando familiar o que era estranho (NÓBREGA, 2009). Tais processos, segundo Vala (2013) nas referências, são socialmente regulados, de modo que eles funcionam intimamente associados. Por intentarem fazer com que o mundo seja o que pensamos que é ou deva ser, as representações "mostram-nos, a cada instante, que algo ausente se acrescenta e algo presente se modifica" (MOSCOVICI, 2012, p. 55).

De acordo com a TRS, a objetivação é o processo pelo qual o indivíduo reabsorve um excesso de significações, materializando-as, ou seja, é um processo de construção formal de um conhecimento, pelo indivíduo. São componentes desse processo a seleção e descontextualização, a formação do núcleo figurativo e a naturalização (JODELET, 2009). O componente seleção e descontextualização caracteriza-se por ser um fenômeno que se dá em função de critérios culturais, considerando que em uma sociedade nem todas as pessoas, e nem todos os grupos têm a mesma condição de acesso às informações. Dessa forma, as informações são apreendidas pelas pessoas de forma fragmentada, distorcida da sua origem, mas acessível ao conhecimento popular (JODELET, 2009).

O segundo, núcleo figurativo, está integrado ao processo psíquico interno, meio pelo qual o indivíduo procura apropriar um fato, objeto e ou conhecimento novo, em algo familiar adequado com o referencial que já faz parte de seu contexto e é trazido

por ele, e para isso, forja uma visão do objeto que seja coerente com sua visão de mundo (JODELET, 2009).

O terceiro componente, naturalização, que decorre da formação do núcleo figurativo, permite ao indivíduo materializar os elementos, declarados pelas ciências, em elementos que se aproximam de sua realidade de senso-comum. Naturalizando, portanto, os esquemas conceituais, o indivíduo dota-os de uma realidade própria, dando significado próprio, baseados com as suas capacidades de compreensão, leitura e interpretação, bem como evitando que haja contradição que venha a enfraquecer a sua base de representações sociais já consolidadas. O corpus, então, de conhecimento elaborado no seio das RS nega o conflito cognitivo e, para isso, lança mão de uma estrutura psíquica que evoca elementos mais arraigados na cultura, na tradição, ou seja, a representação social é uma atividade de reestruturação cognitiva do indivíduo, através da qual, ele explica e justifica a identidade que forjou de si mesmo para ser aceito em um grupo ou para justificar a sua não inserção em um dado grupo (COSTA; ALMEIDA, 1999). É, portanto, uma construção formal do conhecimento, a objetivação orienta as percepções e os julgamentos do indivíduo em uma realidade socialmente construída.

Porém, segundo Jodelet (2009) a objetivação não garante a inserção orgânica desse conhecimento Para esta autora é o processo de ancoragem, em relação dialética com a objetivação, que vai garanti-lo, fazendo uso de três funções basilares da representação da realidade, que se articulam, são elas: função cognitiva de integração da novidade, função de interpretação da realidade e função de orientação das condutas e das relações sociais.

O processo de ancoragem se decompõe, ainda, em diferentes modalidades. A ancoragem, como consignação de sentido, está relacionada ao jogo de significações externas que incidem sobre as relações estabelecidas entre os diferentes elementos da representação. Isso porque os conteúdos de uma representação estão vinculados à significação que um dado objeto, fato, fenômeno ou ideia tem para determinados grupos sociais. Dessa forma, um mesmo objeto se inscreve em diferentes perspectivas, integrando diferentes sistemas de valores ou de contravalores, dependendo da inserção social e cultural dos indivíduos.

Por outro lado, a ancoragem, como instrumento do saber, é uma modalidade que permite compreender como os elementos da representação não só exprimem relações sociais, mas, também contribuem para construí-las. Isso porque, a

representação forjada no grupo acaba servindo a seus agentes referenciais que permite comunicar e influenciar aqueles que compartilham de seu grupo, tornando os elementos da representação social chaves de leitura, generalização e teoria de referência para compreender a realidade daquele grupo. É a explicitação da ligação existente entre a objetivação e a ancoragem que nos permite compreender determinados comportamentos, pois o núcleo figurativo da representação depende da relação que o sujeito mantém com o objeto e da finalidade da situação. Assim, no interior de uma comunidade, de acordo com suas experiências e tradição, a veiculação das concepções acerca de objetos da realidade se torna tão intrínseca em todos os seus membros que os sujeitos são levados a se comportarem, diante de determinados objetos, segundo as representações atribuídas pelo grupo àquele objeto (JODELET, 2009).

Outra característica decorrente da relação entre ancoragem e objetivação, apontada nos estudos realizados por Jodelet (2009), é o fato de que ao materializar mentalmente um objeto, na forma de representação social, esse se cristaliza e é traduzido em operações de pensamento e ação na interação cotidiana com o mundo. Entretanto, é preciso considerar que o fato das RS terem origem nas condições sócio estrutural e sócio dinâmica de um grupo, não impede que os indivíduos deem a essas representações um toque singular, uma vez que cada um está sujeito a experiências particulares, embora faça parte de um mesmo grupo social, o que, por sua vez, possibilita percepções e apreensões diferenciadas de um objeto, em relação a outros indivíduos de seu grupo.

Sendo assim, cada indivíduo elabora um sistema de pensamento diferenciado e, ao mesmo tempo, coerente com o sistema de pensamento do grupo ao qual pertence. Esse sistema de pensamento é utilizado, tanto pelo indivíduo como pelo grupo, como referência para a interação positiva, ou negativa, de um novo objeto. A representação social não se inscreve numa tabula rasa, ou seja, há sempre um sistema de representação antigo, algo já pensado, latente ou manifesto, que em contato com outros sistemas de pensamento sofre seus efeitos mudando seu conteúdo e suas percepções.

É a ancoragem, portanto, que assegura o elo entre a função cognitiva de base a representação e a sua função social, bem como fornece à objetivação os elementos imaginativos para servir na elaboração de novas representações. Estas considerações sobre as RS permitem perceber que, embora uma representação se construa em torno de objetos precisos, reais ou imaginários, ela não pode ser apreendida no isolamento ou na dicotomia entre o que se pretende captar e analisar e o viver concreto dos sujeitos. Os

discursos dos grupos sociais sobre o objeto de estudo das RS estão organizados de maneira muito diversa, segundo as classes, as culturas e os grupos e são assim constituídos tantos universos de opinião, quantas são as classes, culturas ou grupos existentes (MOSCOVICI, 2012).

Nesse sentido, é possível concluir que as RS são constituídas por processos sociocognitivos, que se refletem nas interações sociais, o que significa dizer que elas têm implicações na vida diária, isto é, as condutas de comportamento adotadas por um grupo de pertença acometido de uma problemática são resultantes da forma como eles a representam socialmente e do significado que essa problemática adquire em suas vidas.

Nessa direção, acessar as RS de um determinado grupo social é tentar compreender as maneiras que tais atores utilizam para criar, transformar e interpretar fenômenos vinculados à sua realidade. Assim como, buscar conhecer seus sentimentos, percepções e pensamentos, experiências vividas por meio de suas crenças, atitudes, informações e valores referenciais apresentados nas várias modalidades de comunicação estabelecidas a partir do espaço social que ocupam.

### **QUESTÕES NORTEADORAS**

- 1- Qual seu entendimento acerca das representações coletivas e representações sociais?
- 2- Escreva sobre as funções das representações sociais.
- 3- Relate brevemente acerca do processo de formação das representações sociais.

#### Referências

ABRIC, J. D. O estudo experimental das representações sociais. Em D. Jodelet (Org.), **As Representações Sociais** (pp.155-172). Rio de Janeiro, RJ: UERJ, 2002 OU 2000??

ALBA, Martha de. **Representações sociais**: estudos metodológicos em educação. PRADO, C., et al (orgs). Curitiba: Champagnat; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 2011. INCOMPLETA

ÁLVARO; GARRIDO, 2006;

ALVES-MAZZOTTI, A. J. **Representações Sociais: Aspectos Teóricos e Aplicações á Educação.** Revista Múltiplas Leituras, 1(1), 18-43, 2008.

ARRUDA, Ângela. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de pesquisa**, n. 117, p. 127-147, 2002.

CHAVES, A. M.; SILVA, P. L. Representações sociais. Em A. R. R. Torres, L. Camino, M. E. O. Lima & M. E. Pereira. **Psicologia social: temas e teorias** (pp. 299-350). Brasília: Technopolitik, 2011.

COSTA, WA da; ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira. Teoria das Representações Sociais: uma abordagem alternativa para se compreender o comportamento cotidiano dos indivíduos e dos grupos sociais. **Revista de Educação Pública**, v. 8, n. 13, p. 250-280, 1999.

COUTINHO, M. P. L.; SARAIVA, E. R. A. Teoria das representações sociais. Em N. T. (et al.), (Orgs.). **Psicologia: reflexões para ensino, pesquisa e extensão.** (pp. 73- 114). João Pessoa, Editora Universitária UFPB, 2013.

FARR, R. M. **As raízes da psicologia social moderna.** 8 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

JODELET, D. **Representações Sociais: Um domínio em expansão.** Em D. Jodelet (Org.), **As Representações Sociais** (pp.17-44). Rio de Janeiro, RJ: UERJ, 2009.

JODELET, D. et al. **Représentations sociales: un domaine en expansion.** **Les représentations sociales**, v. 5, 1989. REVER ACHO QUE ESTÁ INCOMPLETA

JOVCHELOVITCH, Sandra. **Os contextos do saber: representações, comunidade e cultura.** Editora Vozes, 2008.

LAHLOU, Saadi. **Difusão das representações e inteligência coletiva distribuída.** Em A. A. de O. Almeida, M. de F. de S. Santos; Z. A. Trindade (Orgs), **Teoria das representações sociais: 50 anos** (pp. 59-97). Brasília, DF: Technopolitik, 2011.

MOSCOVICI, Serge. **A psicanálise, sua imagem e seu público.** Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2012.

NOBREGA, Sheva Maia. **Représentations sociales de la folie par les familles de malades mentaux au nord-est du Brésil: le cas João Pessoa**. Paris: Editions du Septentrion, 2003.

PALMONARI; CERRATO, 2011).faltam as referencias???

Passeggi (2003, p.48)FALTA REFERENCIA

RIBEIRO, Karla Carolina Silveira et al. Representações sociais da depressão no contexto escolar. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 17, n. 38, p. 417-430, 2007.

SÁ, C. P. **A construção do objeto de pesquisa em representações sociais**. Rio de Janeiro, RJ: UERJ, 1998. OU 1996? No texto??

SARAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque. **Violência contra idosos: aproximações e distanciamentos entre a fala do idoso e o discurso da mídia impressa**. (Tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2010.

SILVA, F. C. M. et al. Representação social e reabilitação: considerações conceituais. In: **Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional**, 2007. INCOMPLETA tem link?

SILVA, Priscilla de Oliveira Martins; TRINDADE, Zeidi Araujo; DA SILVA JUNIOR, Annor. As representações sociais de conjugalidade entre casais recasados. **Estudos de Psicologia**, v. 17, n. 3, p. 435-443, 2012.

VALA (FALTA)

VALA, Jorge; MONTEIRO, Maria Benedicta. (coord). **Psicologia Social**. 9ª. Edição, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 2013.

WACHELKE, João Fernando Rech; CAMARGO, Brigido Vizeu. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Interamerican Journal of Psychology**, v. 41, n. 3, p. 379-390, 2007.

## **2 A História Da Psicologia Social: Uma Visão Estudantil**

Evelyn Rúbia Saraiva; Soraya Burkhardt; Ana Maria Freitas; Caroline Silva; Cláudia Xavier

### **Introdução**

Este capítulo contém o resultado de um trabalho coletivo de alunos do Curso de Psicologia do Instituto de Ensino Superior da Paraíba - IESP, matriculados na disciplina Psicologia Social, ofertada durante o terceiro período letivo do currículo, 2018.1. Ele foi concebido durante os estudos dos conteúdos programáticos da disciplina, sob minuciosa orientação docente, por ocasião da elaboração do Trabalho Efetivo Discente – TED. Inicialmente, consistiu em um texto autoral e individual de conclusão da disciplina, previsto como um dos requisitos indicados no Projeto Pedagógico do Curso. Secundariamente, os melhores textos foram condensados neste capítulo, de acordo com a temática estudada, motivo pelo qual vem assinado por diversos autores.

Do trabalho escrito por todos os alunos da citada disciplinas resultaram dois temas de interesse da Psicologia Social: a. sua história e origens; e b. suas principais vertentes ou tradições. No presente capítulo, está destacado o tema que apresenta a história da Psicologia Social.

### **Desenvolvimento**

Convém destacar, inicialmente, que o estudo da origem e desenvolvimento da Psicologia Social apresenta olhares que se concentram em três aspectos: a. na dificuldade de precisar a data da sua origem; b. na existência de distintas abordagens teórica-metodológicas; e c. na importância das tradições científicas.

Existe uma grande dificuldade em precisar a data da origem da Psicologia Social. Conforme aponta Ferreira (2010, p. 52), duas obras, publicadas no ano de 1908, irão marcar a fundação oficial da Psicologia Social Moderna: o livro *Uma introdução à psicologia social*, de autoria do psicólogo britânico William McDougall, e o livro *Psicologia social: uma resenha e um livro texto*, de autoria do sociólogo norte-americano Edward Ross.

Destacam-se, de acordo com Camino e Torres (2015), entre os precursores da Psicologia Social os trabalhos de Gustave Le Bon (1895), de Norman Triplett (1897) e de Gabriel Tarde (1890).

Gustave Le Bon (1841-1931) apresentou os estudos teóricos sobre “*Psychologie des foules*” (Psicologia das multidões) (1895), enfatizando o estudo da massa.

Manifesta em seus estudos o sentimento de repúdio da classe média às ondas de manifestações e de tumultos gerados pelo descontentamento da classe trabalhadora, que se formava no bojo da revolução industrial. Le Bon estabelece uma distinção fundamental entre a mente do indivíduo e a mente coletiva, priorizando certamente o indivíduo e levantando forte desconfiança frente à ação das massas. A massa possuiria uma vida mental independente da de seus membros. O comportamento uniformemente compartilhado da multidão é motivado por um processo irracional de imitação mútua, uma aceitação irrefletida. Assim, a racionalidade individual e civilizada seria substituída pela mente grupal, selvagem e incontrolável.

Os estudos experimentais de Norman Triplett, em 1897, sobre os efeitos da competição em tarefas simples, investigou a influência do adversário em ciclistas de rendimento e acreditava que a presença de um competidor servia de estímulo para a liberação de uma energia que permanecia latente ante as condições diretas e sem ritmo de competição. Para o autor, a presença do adversário funcionava como um elemento motivador para o aumento do esforço do atleta.

Conforme Camino e Torre (2015), obra clássica “Les lois de l’imitation”, de 1890, de autoria de Gabriel Tarde, deve ser entendida como um texto de Psicologia Social. Sua abordagem, denominada de psicologismo, pretende priorizar o papel do indivíduo, na explicação do fenômeno social, sobre a abordagem do coletivo. Neste sentido, o psicologismo, como método de estudo do social, consiste em admitir que o fenômeno social não se reduz completamente às leis naturais, sociobiológicas, e que a atividade mental dos indivíduos intervem na produção da sociedade. Propõe a invenção e a imitação como os fatores essenciais na compreensão do fato social. A imitação permite que as invenções (as diferenças) se transformem em hábitos, em memória social. Para Tarde, as relações sociais se estabelecem mais por contágio e imitação.

Tal dificuldade de indicar precisamente uma data para a fundação da Psicologia Social se dá pelo fato de que cada tendência tenta indicar seu fundador em função da perspectiva histórica do mesmo. Camino e Torres (2015) afirmam que a Psicologia Social surgiu de uma única definição que se desenvolveu entre a luta ideária da natureza dos fenômenos sociais e as formas de estudá-las, que se construiu a partir da razão e da modernidade, em constante debate entre empiristas e idealistas.

Assim, nesse movimento entre 1850 a 1930, a Psicologia Social desenvolveu-se levantando questões relevantes, como: o social como fenômeno da natureza, o social

como ciência histórica, o indivíduo e seu papel social na explicação de fenômenos sociais, o coletivo como ameaça ao indivíduo.

Lane (1981), citada por Carvalho e Costa Júnior (2017), escreve que o início da Psicologia Social remonta ao século XIX, sendo o filósofo francês Augusto Conte considerado o pai desta ciência. Para Conte, a Psicologia Social seria subproduto da Sociologia e da Moral, sendo encarregada em dizer como o indivíduo poderia ser, ao mesmo tempo, causa e consequência da sociedade.

No entanto, só após a Primeira Guerra Mundial, por volta de 1920, é que esse ramo se desenvolveria como estudo científico e sistemático. Num mundo abalado por crises e conflitos, os pesquisadores encontraram um campo a ser amplamente estudado, visando descobrir uma maneira de preservar os valores de liberdade e os direitos humanos numa sociedade tensa e arregimentada. Os cientistas, segundo, Carvalho e Costa Júnior (2017), buscavam entender diversos fenômenos sociais como a liderança, preconceito, propaganda, conflitos de valores e como os indivíduos se comportavam frente á estes.

Nos EUA, o estudo desses fenômenos sociais tinha o intuito de procurar formas de melhorar a vida do homem no contexto social, utilizando para isso os dados e conceitos de anos de pesquisas na Psicologia. A sociedade era o grande objeto de estudo nessa época, suas motivações, atitudes frente á determinadas situações, padrões de comportamento, enfim, tudo que demonstrasse a dicotomia existente entre o ser e a sociedade. Por mais que um não exista sem o outro, são dois fenômenos diferentes.

Segundo defendemos nesse artigo, compartilhamos com as posturas teóricas de Álvaro e Garrido (2006), Corga (1998) Farr (1998) Mailhiot (1976) e Stralen (2005) de que a Psicologia Social é uma disciplina diferente da Psicologia, apesar das estreitas ligações que resguarda com esta (Calegare, 2010, p. 32).

Conforme os autores citados anteriormente, existem distintas abordagens em Psicologia Social percebendo-se um entendimento crítico compartilhado acerca do ensino para graduados e pós-graduados em Psicologia, onde a disciplina está localizada dentro de um contexto das ciências sociais e naturais.

Álvaro e Garrido (2006, p. 06) citado por Calegare (2010) apontam para a problemática de que há uma confusão no entendimento de abordagens sociais em Psicologia, com a disciplina de cunho científico em Psicologia Social, a partir da rotulação existente.

Segundo Stralen, (2005, p. 93) e Álvaro e Garrido (2006) citados por Calegare (2010) “A Psicologia Social é uma disciplina que se constitui no espaço de interseção entre Psicologia e Sociologia”. Rodrigues (1978) apud Calegare (2010), vai de forma enfática expor aspectos que são comuns entre a Psicologia Social, a Sociologia, a Antropologia Cultural, a Filosofia Social e tantos outros setores da Psicologia, apontando para o fato de que cada uma tem seu objeto de estudo distinto, isso vai delimitar o campo de atuação de cada uma delas, a interseção ocorre exatamente no objeto material.

Houve um clima de otimismo sobre o resultado das pesquisas da Psicologia Social durante algumas décadas, mas frente a resultados de pesquisas contraditórias e a crise mundial, que a cada dia se agravava mais, esta ciência entrou em declínio e passou por um momento chamado de “crise da Psicologia Social” (LANE, 1981, apud CARVALHO E JÚNIOR, 2017).

Esta crise se deu principalmente pela falta de conhecimento prático das pesquisas, muitos resultados que se contradiziam e nenhuma solução concreta para os problemas enfrentados pelos países. Críticas foram feitas aos psicólogos norte-americanos devido ao caráter ideológico dos seus trabalhos que eram reproduzidos em países da América Latina sem levar em conta as características próprias desses países.

Para avançar no questionamento de como se deu o desenvolvimento da Psicologia Social ao longo da história, faz-se necessário indicar as suas modalidades/vertentes/tradições. A ênfase maior dada ao indivíduo ou à sociedade fez com que diferentes autores (House, 1977; Stephan & Stephan, 1985, citados por FERREIRA, 2010) começassem a defender a existência de duas modalidades de Psicologia Social: a Psicologia Social Psicológica e a Psicologia Social Sociológica. Os psicólogos sociais da primeira vertente tendem a enfatizar principalmente os processos intraindividuais responsáveis pelo modo pelo qual os indivíduos respondem aos estímulos sociais, enquanto os últimos tendem a privilegiar os fenômenos que emergem dos diferentes grupos e sociedades (FERREIRA, 2010, p. 51).

A Psicologia Social desdobrou-se, mais recentemente, em outra vertente, qual seja a Psicologia Social Crítica (Álvaro & Garrido, 2006, citados por FERREIRA, 2010) ou Psicologia Social Histórico-Crítica (Mancebo & Jacó-Vilela, 2004, citados por FERREIRA, 2010), expressões que abarcam, na realidade, diferentes posturas teóricas.

De acordo com Hepburn (2003, citado por FERREIRA, 2010), tanto o Socioconstrucionismo (Gergen, 1997, citado por FERREIRA, 2010), e a Psicologia

Discursiva (Potter & Wetherell, 1987, citados por FERREIRA, 2010), como a Psicologia Marxista, o pós-modernismo e o feminismo, entre outros, contribuem atualmente para o campo da Psicologia Social Crítica. Tais perspectivas têm em comum um de seus principais objetivos a promoção da mudança social como forma de garantir o bem-estar do ser humano (Hepburn, 2003, citado por FERREIRA, 2010, p. 52).

Diante do exposto, pode-se afirmar que as principais teorias contemporâneas mostram as tendências epistemológicas e históricas que deram origem ao desenvolvimento da Psicologia Social. A Psicologia Social estuda (historicamente) a relação indispensável entre o indivíduo e a sociedade, percebendo a organização de seus membros de forma a garantir a sua sobrevivência até costumes, valores e instituições indispensáveis há a continuidade e desenvolvimento social.

O binômio indivíduo-sociedade, isto é, o estudo das relações que os indivíduos mantêm entre si e com a sua sociedade ou cultura, [...] com o pêndulo oscilando ora para um lado, ora para o outro (FERREIRA, 2010, p. 51).

A evolução da Psicologia Social pode ser entendida nas três perspectivas: 1- Individualista e Experimental - Anglo-Americana; 2- Holista e Sociológica - Européia; e 3- Interacionista Simbólico (fundamentação) - Latino-Americana. Estas em destaque no desenvolvimento evolutivo de cunho histórico e geográfico.

A Psicologia Social Psicológica, segundo a definição de G. Allport que ficou clássica: “procura explicar os sentimentos, pensamentos e comportamentos do indivíduo na presença real ou imaginada de outras pessoas” (FERREIRA, 2010, p. 58). A Psicologia Social Sociológica dando ênfase ao grupo: “tem como foco o estudo da experiência social que o indivíduo adquire a partir de sua participação nos diferentes grupos sociais com os quais convive” (FERREIRA, 2010, p. 58). A Psicologia Social Crítica Latino Americana que tem como tarefa:

A conscientização de pessoas e grupos, como forma de levá-los a desenvolver um saber crítico sobre si e sobre sua realidade, que lhes permita controlar a sua própria existência (FERREIRA, 2010, p. 58).

Observa-se, portanto, que a Psicologia Social tem se caracterizado pela pluralidade e multiplicidade de abordagens teóricas adotadas como referenciais legítimos à produção de conhecimentos sócio-psicológicos. Tal contexto tem dificultado sobremaneira a delimitação do objeto de estudo ou mesmo dos vários objetos de estudo dessa disciplina.

Gersen (2008) afirma que a psicologia é usualmente definida como ciência do comportamento humano e a psicologia social como aquele ramo dessa ciência que lida com a interação humana. Um dos maiores propósitos da ciência é o estabelecimento de leis gerais por meio da observação sistemática. Para o psicólogo social, tais leis gerais são desenvolvidas a fim de descrever e explicar a interação social.

Essa visão tradicional da lei científica repete-se de uma ou outra forma em quase todas as pesquisas fundamentais do campo. Em sua discussão sobre o papel da explicação nas ciências do comportamento, DiRenzo (1966), citado por Gersen (2008), apontou que uma "explicação completa" nas ciências comportamentais "é aquela que assumiu o estatuto invariável de lei" (p. 11). Krech, Crutchfield e Ballachey (1962, apud Gersen, 2008), declararam que "enquanto estivermos interessados em psicologia social como uma ciência básica ou como uma ciência aplicada, um conjunto de princípios científicos é essencial" (p. 3). Jones e Gerard (1967) propagaram esta visão: "a Ciência busca compreender os fatores responsáveis por relações estáveis entre eventos" p. 42). Como Mills (1969), colocou, "psicólogos sociais querem descobrir relações causais que permitam estabelecer princípios básicos que explicarão o fenômeno da psicologia social" (p. 412). (GERSEN, 2008)

O citado autor destaca que a maioria dos psicólogos sustenta o desejo de que o conhecimento psicológico irá causar algum impacto na sociedade, diante da gratificação sentida quando tal conhecimento pode ser utilizado para fins benéficos. De fato, para muitos psicólogos sociais, o comprometimento com o campo depende em grande medida da crença na utilidade social do conhecimento científico. Contudo, não se assume corriqueiramente que tal utilização alterará o caráter das relações causais da interação social.

É esperado sim que o conhecimento do funcionamento seja utilizado na alteração de comportamentos, mas não se espera que uma tal utilização afete o caráter subsequente do próprio funcionamento. As expectativas, nesse caso, como argumenta Gersen (2008), podem ser bastante infundadas. Não apenas a aplicação de nossos princípios pode alterar o dado sobre o qual eles estão baseados, como o próprio desenvolvimento dos princípios pode vir a invalidá-los.

Como cientistas da interação humana, estamos engajados numa dualidade peculiar. Por um lado, cientificamente, avaliamos desinteressadamente o comportamento. Estamos bem avisados dos efeitos enviesadores de intensos compromissos normativos. Por outro lado, como seres humanos socializados, nós

sustentamos inúmeros valores acerca da natureza das relações sociais. Raro o psicólogo social em que seus valores não influenciam o tema de sua pesquisa, seus métodos de observação, ou mesmo os termos de sua descrição. Na geração de conhecimento sobre a interação social, comunicamos também nossos valores pessoais. O receptor do conhecimento provê-se assim de duas classes de mensagens: mensagens que desinteressadamente descrevem o que parece ser, e aquelas que sutilmente prescrevem o que é desejável. (GERGEN, 2008).

Calegare (2010) mostra a necessidade de abordar a Psicologia Social como uma disciplina que possui interface com a abordagem vista no Curso de Psicologia. A discussão remete a posturas teóricas de Álvaro e Garrido (2006), Corga, Farr, Mailhiot e Stralen, (apud Calegare 2010) que concluem que a Psicologia Social é diferente da Psicologia. Aponta ainda a importância dos norte-americanos no processo metodológico da disciplina de Psicologia Social e enfatiza as críticas de Corga a Martín-Baró e "a crise da Psicologia Social" a partir do final da década de 60, bem como os principais avanços da disciplina no Brasil. Conclui defendendo que as disciplinas do curso de Psicologia Social deveriam ser ministradas de maneira a esclarecer aos alunos a respeito da sua múltipla origem no contexto da diferenciação das ciências sociais das naturais. Diante do exposto, com o intuito de discutir a história da Psicologia Social, foi elaborado um estudo descritivo a cerca do arcabouço histórico da Psicologia Social diante de um panorama que tende a confundir abordagens sociais em Psicologia com a disciplina de Psicologia Social, utilizando o método de pesquisa bibliográfica descritiva.

### Considerações Finais

Diante deste estudo descritivo e de todo processo de ensino aprendizagem na disciplina Psicologia Social, notadamente durante a redação do TED, que resultou no presente capítulo, percebe-se o quanto o conhecimento dos alunos, cursando os períodos letivos iniciais, era restrito acerca da problemática dissertada, enquanto área de estudo científico e disciplina do curso de Psicologia.

Todo o arcabouço de conteúdo manifesto, promoveu uma urgência crítica acerca dos papéis sociais, motivada pelos estudos sobre as interações sociais, separados da Psicologia básica e da Sociologia. Destacam-se, ainda a importância histórico-crítica das abordagens para situar o aluno na contemporaneidade, diante de fenômenos sociais pesquisados pelos psicólogos sociais.

Percebe-se, ainda, no final da redação do presente capítulo, a necessidade de revisão do currículo do curso de psicologia na disciplina de psicologia social com ênfase na abordagem social crítica, para capacitação de profissionais atuantes em várias áreas da sociedade, tendo uma consciência “social” crítica e conscientizadora.

Registra-se a quebra de próprios paradigmas dos alunos, durante o seu processo de formação, com vistas na atuação futura enquanto profissional da Psicologia. Desde já, que tenha um novo olhar, possibilitando a ampliação da formação acadêmica, a partir deste marco acadêmico, o estudo da Psicologia Social, para além da tradicional Psicologia Clínica.

O estudo desta disciplina é essencial para a compreensão do papel do indivíduo na sociedade. As descobertas da Psicologia Social ajudam a interpretar de maneira mais adequada os complexos problemas que envolvem a nossa sociedade, e favorecem o desenvolvimento de medidas de resolução mais precisas. Por se tratar de uma matéria de pesquisa relativamente nova, esperam-se as muitas contribuições que esta disciplina pode dar para a área da Psicologia.

Esta é a visão estudantil da história da Psicologia Social. Os alunos iniciantes, notadamente, cursando o terceiro semestre letivo de um curso de Psicologia, ao se depararem com os estudos sobre a Psicologia Social, ficaram impactados e sentiram que esta área de conhecimento é essencial para a compreensão do papel do indivíduo na sociedade, assim como as influências da vida coletiva no pensamento individual. As descobertas advindas dos estudos vieram a despertar para a necessidade de serem interpretados, com um olhar psicossociológico, os complexos fenômenos/problemas que envolvem a sociedade.

Por fim, é importante salientar que, além de serem um trabalho de conclusão da disciplina Psicologia Social, os TEDs foram elaborados para servir de suporte aos estudantes da disciplina, a serem matriculados em períodos letivos futuros, antes de seguirem a um estudo mais aprofundado. Acredita-se que a leitura de textos escritos por colegas de um mesmo curso certamente suscita tanto a curiosidade do leitor quanto à motivação acadêmica para o autor. Esta finalidade foi satisfatoriamente alcançada, vez que os TEDs dos alunos do período letivo 2018.1 serviram de textos iniciais lidos na disciplina pelos alunos do período letivo 2018.2, antes mesmo do estudo das clássicas referências bibliográficas da Psicologia Social.

Questões Norteadoras:

- 1- O que é Psicologia Social?
- 2- Quais as suas origens da Psicologia Social?
- 3- Como ocorreu o seu desenvolvimento ao longo da história?

#### Referências Bibliográficas

CALEGARE, Marcelo Gustavo Aguiar. Abordagens em Psicologia Social e seu ensino. *Revista Transformações em Psicologia*, São Paulo, Vol 3. nº 5, p. 30 – 53. 2010.

CAMINO, Leoncio, & TORRES, Ana Raquel Rosas. Origens e desenvolvimento da Psicologia Social. In L., Camino, A. R. R., Torres, M. E. O., Lima & M. E., Pereira. (Eds.), *Psicologia Social: Temas e teorias* (pp. 23-101). Brasil: Technopolitik, 2015.

CARVALHO, Tércio Santos Vieira e COSTA JÚNIOR, César Andrade. *Psicologia Social: conceitos, história e atualidade*. Psicologia. PT. O portal dos Psicólogos. Documento publicado em 10 set/2017, disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0421.pdf>. Acesso em 23 de maio de 2018.

FERREIRA, Maria Cristina. A Psicologia Social Contemporânea: Principais Tendências e Perspectivas Nacionais e Internacionais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, Vol. 26, n. especial, PP. 51 – 64. 2010.

GERGEN, Kenneth J. A Psicologia Social como História. *Psicologia e Sociedade*, vol. 20, no. 3, 2008.

STRALEN, Cornelis Van. Psicologia Social: uma especialidade da Psicologia? *Psicologia e Sociedade*, vol. 17, no. 1, 17-28, 2005.

### **3 Bem- Estar Subjetivo: O estudo científico da felicidade**

Fabrycianne Gonçalves Costa

#### **Introdução**

O presente capítulo apresentará um panorama geral acerca de um dos construtos inseridos no contexto da Psicologia Positiva (PP), a saber: o Bem-estar Subjetivo (BES), nesse direcionamento será abordado seus aspectos históricos e conceituais, as teorias explicativas de Tradição Hedônica e Eudaimônica e por fim, um breve levantamento dos principais instrumentos utilizados para mensurar o BES.

O enfoque da psicologia desde a Segunda Guerra Mundial tem sido curar e reparar os danos, com base nessa premissa quase que excepcionalmente curativa fez com que os aspectos positivos que também são parte do sujeito e das comunidades ficassem em segundo plano. Assim, tais aspectos foram negligenciados por um longo período, caracterizando a visão da psicologia incompleta (SELIGMAN, 2011; PACICO; BASTIANELLO, 2014).

Diante desse contexto, o objetivo da psicologia positiva é promover um ajuste no foco da psicologia para que os aspectos saudáveis também recebam atenção. Dessa maneira, nota-se que tanto a psicologia voltada à cura ou à reparação do que precisa ser mais bem ajustado, quanto à psicologia que se volta ao estudo das qualidades e das características positivas do ser humano são aspectos importantes e merecem destaque (PACICO; BASTIANELLO, 2014).

Nesse direcionamento, a psicologia positiva oferece uma proposta de equilíbrio entre a abordagem anterior, focada na doença mental, e esta, a qual passa a sugerir que também se devem explorar as qualidades das pessoas, junto a seus defeitos. Sendo de suma importância, salientar que em nenhum momento se pretende diminuir a seriedade e a dor associada ao sofrimento humano (SNYDER; LOPEZ, 2009).

Sendo assim, um dos construtos estudados e priorizados na vertente da psicologia positiva é o Bem-estar Subjetivo (BES), destacam-se alguns, por exemplo:

esperança, autoeficácia, autoestima, otimismo, afetos, resiliência, qualidade de vida entre outros, embora neste capítulo aprofundar-se-á o estudo no viés do BES.

### **Aspectos sócio- históricos e conceituais acerca do BES**

O BES é o estudo científico da felicidade aliada aos aspectos que a promovem ou a interferem (Seligman, 2009). A atenção voltada para o estudo da felicidade não é recente, consta-se que, desde a Grécia antiga filósofos já tentavam compreender sua existência. Aristóteles que viveu entre os anos 384 a 322 a. C. , confiava que a felicidade só seria atingida por meio do entrelaçamento das virtudes em sintonia com a vida em sociedade, para Epicuro (341 a 270 a. C.) o homem seria feliz caso recusasse excessos de medos e compromissos que o levassem a sofrimentos desnecessários. Sêneca (ano 2 a. C. a 65 d. C.) ao observar sua sociedade infeliz, afirmava que para atingir a felicidade as pessoas não deveriam seguir a maioria (GRAZIANO, 2005).

Em uma perspectiva mais recente, especificamente na década de 30, Bertrand Russel, acreditava que a felicidade não seria uma dádiva divina e sim um bem a ser conquistado, pontuando a importância da integração do homem na sociedade, visando à busca da felicidade do outro na mesma medida em que buscaria a sua própria (GRAZIANO, 2005).

Já os séculos XIX e XX foram invadidos pelas ideias pessimistas disseminadas por Nietzsche e Freud as quais contrariavam os pensamentos filosóficos. Na obra de Freud “Além do princípio do prazer”, ele aborda sobre o que intitulou de instinto de morte, alegando que a essência humana seria algo eminentemente ruim (GRAZIANO, 2005).

Mais recentemente, por volta das últimas três décadas, pesquisadores dedicaram-se, para construir conhecimento e trazer evidências científicas sobre o bem-estar. Desse feito, estão participando vários estudiosos que conseguiram, depois de décadas investigando instalar o conceito de bem-estar no campo científico da psicologia e transformá-lo em um dos temas mais enfaticamente discutidos e aplicados que abarcam os fatores psicológicos que integram uma vida saudável (SIQUEIRA; PADOVAM, 2008).

As definições sobre o BES emergiram no final dos anos 1950, quando se buscavam indicadores de qualidade de vida para monitorar mudanças sociais e implantação de políticas sociais (LAND, 1975). Como marcos da literatura sobre o tema

durante a década de 1960, podem ser apontados os livros de Andrews e Withey (1976) e Campbell, Converse e Rodgers (1976), por preconizarem que, embora as pessoas vivam em ambientes objetivamente definidos, é ao mundo subjetivamente definido que elas respondem.

Nessa perspectiva, o BES tornou-se um importante indicador de qualidade de vida. Outras influentes obras sobre o assunto foram os trabalhos de Bradburn (1969), Cantril (1967) e Gurin, Veroff e Feld (1960) que enfatizaram satisfação com a vida e felicidade como elementos integrantes do conceito de qualidade de vida. Os dois componentes que integram a visão contemporânea de BES - satisfação com a vida e afetos positivos e negativos - tiveram sua gênese nos trabalhos seminais de Campbell e cols. (1976) e de Bradburn (1969). Desde então, foram apresentadas evidências da estrutura bidimensional dos afetos proposta por Bradburn.

A primeira revisão envolvendo a temática do BES foi realizada em 1967, e embora naquela ocasião os dados sobre o assunto fossem limitados, concluiu-se que entre pessoas felizes estavam as que eram: *jovens, com boa educação, bons salários, extrovertidas, otimistas, despreocupadas, religiosas, casadas, com autoestima elevada, com moral no trabalho*, dentre outros atributos. Atualmente, mais do que atributos, o foco está na busca pela compreensão do processo que sustenta essa ‘tal felicidade e bem-estar’ (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012).

Foi a partir da década de setenta, que cientistas sociais e do comportamento passaram a estudar e trabalhar sobre a teoria, o termo “felicidade” passou a ser indexado no *Psychological Abstracts* em 1973 e no periódico *Social Indicators Research* em 1974 e desde então se iniciaram publicações acerca deste construto (DIENER, 1984).

Nos anos 80, foram dadas ênfases para a estrutura dos afetos evidenciando a construção de instrumentos a exemplo da escala de afetos positivos e negativos-PANAS proposta por Bradburn (1969) e validada por Watson e cols. (1988), esse instrumento é composto por 10 palavras que descrevem sentimentos e emoções positivas. Os afetos positivos eram vistos como correlatos de dimensões positivas da personalidade como a extroversão e os afetos negativos, correspondentes ao neuroticismo.

Para Bradburn, os sentimentos de prazer e desprazer são relativamente independentes, não sendo simples opostos um do outro. Nesse sentido, Diener, Lucas e Oishi (2002) apontam que esta descoberta tem relevantes implicações para o campo do

BES, na medida em que mostram que as tentativas da Psicologia clínica em eliminar os estados negativos não são capazes de promover, necessariamente, estados positivos.

O campo do BES enquanto disciplina científica tem crescido rapidamente, tal advento é justificado por estarmos num mundo pós-materialista, no qual mais do que a prosperidade econômica, as pessoas tem se interessado por questões relativas à qualidade de vida, além disso, o BES deve sua popularidade ao fato de ser particularmente democrático, ou seja, por respeitar o que as pessoas pensam sobre suas próprias vidas, e finalmente, podemos dizer que o estudo do BES floresceu devido ao crescimento do individualismo ao redor do mundo, pelo fato dos individualistas estarem preocupados com seus próprios sentimentos e crenças, coloca os estudos do BES em perfeita sintonia com a cultura ocidental (GRAZIANO, 2005).

No Brasil, as pesquisas sobre o BES começaram a ter maior evidência a partir da primeira década dos anos 2000, os quais partiam de definições previamente estabelecidas na apresentação de panoramas históricos conceituais, a exemplo do trabalho de Pereira (1997) acerca das subdimensões da qualidade de vida e do BES ou no que tange a avaliação do BES em determinados grupos, como professores, idosos e estudantes (SCORSOLINI-COMIN; RUWER, 2010).

O BES é compreendido como um construto multidimensional que consiste na avaliação subjetiva, em que se avaliam os aspectos: felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo. Alguns autores o consideram enquanto sinônimo da avaliação subjetiva da qualidade de vida (LIMA; MORAIS, 2016; SNYDER; LOPEZ, 2009).

Conforme a Organização mundial de Saúde (OMS, 2019) o BES se diferencia do conceito de saúde mental, pois esse último refere-se ao estado de equilíbrio entre uma pessoa e o seu meio sociocultural. Este estado garante ao indivíduo a sua participação laboral, intelectual e social para alcançar um bem-estar e alguma qualidade de vida. Ainda segundo esta organização não existe nenhuma definição oficial que diga respeito à saúde mental, já que esta é sempre influenciada pelas diferenças culturais e pela subjetividade. Além de assegurar que a saúde mental é um estado de bem-estar emocional e psicológico, mediante o qual o indivíduo é capaz de fazer uso das suas habilidades emocionais, cognitivas e sociais.

De acordo com Paula Júnior e Zanini (2011), pode-se inferir que uma pessoa pode estar insana e ainda assim, sentir-se feliz, como por exemplo, o vivenciar de uma doença crônica. Sendo assim, o fato de se estar com adoecida não alude necessariamente sentir-se infeliz constantemente. Conforme o pensamento desses autores a

pessoa pode sofrer oscilações quanto ao bem-estar em diferentes momentos da doença, a fase do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação são estágios distintos e neles o sujeito pode viver períodos de tensão, estresse e também felicidade, alegria, vitória, entre outros.

### **Teorias explicativas sobre o Bem-estar**

Dentre as principais vertentes teóricas de investigação que explicam o bem-estar subjetivo, destacam-se, a Tradição Hedônica e a Eudaimônica e as teorias bottom-up e top-down (WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012).

As perspectivas, Hedônica e a Eudaimônica, embora, considerem o bem-estar a partir de avaliações subjetivas, destacam aspectos diferentes (KEYES; SHMOTKIN; RYFF, 2002). O modelo Hedônico subjaz numa lógica de prazer e de gratificação imediatos, tendo como foco o BES, traduzirem-se na presença de afetos positivos, emoções prazerosas, satisfação de vida, e uma relativa ausência de afetos negativos (GIACOMONI, 2004). O modelo Eudaimônico está relacionado com a busca de sentido para a vida, desenvolvimento e realização pessoal, compreendendo dessa forma o funcionamento psicológico global, podendo ser conceituada de bem-estar psicológico (DECI; RYAN, 2008).

De acordo com a tradição Hedonista, apesar das discordâncias teóricas relativas à conceituação de BES, há um consenso quanto às suas dimensões: cognitiva e afetiva (DIENER; SUH; LUCAS; SMITH, 1999; LIMA; MORAIS, 2016). O componente cognitivo agrega os aspectos racionais e intelectuais, como julgamentos que o indivíduo faz sobre sua própria vida. Nessa perspectiva, pode-se considerar que a dimensão satisfação com a vida se assinala como um julgamento cognitivo, sendo um processo de juízo e de autoavaliação, que utiliza como parâmetros a comparação entre as circunstâncias de sua vida e o padrão definido por ela, refere-se também a uma comparação com o seu meio social, cultural e histórico (YILMAZ; ARSLAN, 2013).

O componente afetivo diz respeito aos sentimentos agradáveis e desagradáveis resultantes de vivências imediatas, denominados de afetos positivos e negativos, respectivamente (Siqueira & Padovam, 2008; Diener, 1984). Nos afetos positivos, encontram-se as emoções prazerosas como o contentamento, interesse e entusiasmo, enquanto os afetos negativos se referem aos sentimentos ou emoções desagradáveis tais como: tristeza, ansiedade e medo (SNYDER; LOPEZ, 2009).

Para que o equilíbrio entre as emoções positivas e negativas, represente uma dimensão do BES, é necessário que as vivências positivas sejam mais prevalentes do que as negativas, conforme Diener e Lucas (2000) é mais importante se levar em consideração a frequência do que a intensidade. Em síntese, entende-se que as pessoas que tem níveis elevados de satisfação com a vida e alta frequência de experiências positivas, tendem, conseqüentemente, a apresentar altos níveis de BES (DIENER, 2000).

O BES trata-se de um indicador subjetivo de qualidade de vida, uma vez que é a própria pessoa que faz avaliações, em termos de satisfação, acerca da sua vida como um todo ou de alguns domínios específicos (saúde, trabalho, condições de moradia, relações pessoais, etc.), assim como do que lhes acontece no momento respaldando nos afetos (felicidade, êxtase, tristeza, depressão, etc.) (DIENER; RYAN, 2009; DIENER, 2000; DIENER; et al., 1999).

Diante do exposto, Diener (1984) acrescenta que existem três aspectos do bem-estar subjetivo que são importantes de serem destacados: o primeiro trata-se da subjetividade, o bem-estar considera a experiência do individual; o segundo consiste no entendimento de que bem-estar não é apenas a ausência de fatores negativos, mas também a presença de fatores positivos; o terceiro salienta que o bem-estar inclui uma medida global ao invés de somente uma medida limitada de um aspecto da vida.

No que se refere ao modelo teórico Eudaimônico (bem-estar psicológico- BEP), este foi proposto por Ryff (1989) e surgiu da necessidade em definir uma estrutura básica para o bem-estar no âmbito psicológico, alegando que esta, teria sido negligenciada ao se estudar o BES. O BEP diz respeito ao funcionamento positivo ou ótimo dos indivíduos com o foco nos aspectos da vida mais desafiantes e duradouros, como ter um propósito na vida, alcançar relações satisfatórias e atingir um sentimento de autor realização, também são considerados nesse modelo, aspectos referentes ao processo de crescimento e auto atualização em longo prazo, pertinentes com a construção de significados, levando os indivíduos a refletirem sobre as áreas mais significativas e os objetivos mais importantes em sua vida e sobre os seus níveis de felicidade (MACHADO; BANDEIRA, 2012; RYFF, 1989).

Nessa vertente teórica do BEP, existem seis dimensões que compreendem características essenciais para o bem-estar, a saber; (autoaceitação) possuir uma atitude positiva em relação a si mesmo e aceitar múltiplos aspectos de sua personalidade; (relações positivas com outros) possuir relacionamentos acolhedores, seguros, íntimos e

satisfatórios com outras pessoas; (autonomia) ser autodeterminado, independente, avaliar experiências pessoais segundo critérios próprios; (domínio sobre o ambiente) ter competência em manejar o ambiente para satisfazer necessidades e valores pessoais; (propósito na vida) ter senso de direção, propósito e objetivos na vida perceber um contínuo desenvolvimento pessoal e (crescimento pessoal) estar aberto a novas experiências (RYFF; SINGER, 2008; RYFF, 1989).

Em suma, enquanto BES (Hedônica) tradicionalmente se sustenta em avaliações de satisfações com a vida e num balanço entre afetos positivos e negativos que revelam prazer ou felicidade, as concepções teóricas de bem-estar psicológico (Eudaimônica) são fortemente construídas sobre formulações psicológicas acerca do desenvolvimento humano e dimensionadas em capacidades para enfrentar os desafios da vida, utilizando potencialidades tais como; pensamento, raciocínio e bom senso (SIQUEIRA; PANDOVAN, 2008).

No que tange aos modelos teóricos explicativos do BES *Bottom-up* e *Top-down*, observa-se que o primeiro também denominado “fatores extrínsecos do BES”, busca a explicação de como os fatores externos comprometem a felicidade. Este modelo, parte da pressuposição de que as pessoas interpretam as situações e experiências de vida de forma positiva e negativa, sendo que esta interpretação influenciaria na avaliação da própria vida. Nesta perspectiva, a interpretação subjetiva dos eventos é que preponderantemente influencia o BES (DIENER, 1984; GIACOMONI, 2004).

Em contrapartida, o modelo *top-down* também conhecido como “fatores intrínsecos do BES”, afirma que as pessoas possuem uma predisposição interna para interpretar as situações vivenciadas tanto de forma positiva, quanto negativa (GIACOMONI, 2004; LUHMANN; HOFMANN; EID; LUCAS, 2011).

Pode-se dizer que os fatores intrínsecos que influenciam as pessoas são os aspectos psicológicos, valores, crenças, religiosidade, estratégias de coping, condições de saúde física; e os fatores extrínsecos, são os aspectos sociodemográficos, culturais e eventos de vida (LUHMANN; et al., 2011, OISHI; KESEBIR; DIENER, 2011). No entanto, ainda há incerteza sobre quais os fatores que mais influenciam o BES, bem como quais são os preditores mais significativos dentre os comumente citados (ZHANG; YEDLAPALLI; LEE, 2009).

Conforme revisão realizada por Woyciekoski, Stenert e Hutz (2012) há evidências na literatura que um dos fatores intrínsecos que mais influenciam o bem-estar é a personalidade, indicada especialmente por altos níveis de extroversão, e baixos

de neuroticismo, e as metas pessoais estariam mais fortemente relacionadas com o componente cognitivo do bem-estar. Dessa forma, extroversão e neuroticismo predizem afetos positivos e negativos. Outro fator que influenciaria no BES, seria a sociabilidade e altos níveis de realização, pois pessoas assim podem receber mais reforços positivos e experienciar níveis mais altos de BES. O otimismo também relaciona-se com BES, uma vez que está associado à promoção de estratégias de *coping* ativas e orientadas para resolução de problemas, demais fatores relacionados ao BES são autodeterminação, auto-direção e benevolência.

Apesar da evidencia desses fatores seria ingênuo desconsiderar outros tantos aspectos que, inclusive colaboram para formação da personalidade do indivíduo, e caso se deseje conhecer o que torna um sujeito mais feliz, realizado e satisfeito é necessário considerar todas aquelas variáveis que participaram na constituição e formação desse sujeito, bem como entendê-lo inserido num grupo, seja ele familiar, social, cultural ou econômico. Sabendo ainda que as pessoas não estão isentas de acontecimentos externos a elas como é o caso dos fatores extrínsecos, advindo de situações adversas como as doenças, nível educacional, condição conjugal, satisfação com o trabalho, suporte social e condições socioeconômicas, alguns estudiosos Diener e Biswas-Diener (2002), Suh e Oishi (2002) sugeriram que riqueza é um preditor de BES entre países pobres, mas não em nações em desenvolvimento (WOYCIEKOSKI, et al, 2012).

De acordo com Giacomoni (2004) outras abordagens teóricas relatam que os indivíduos, ao avaliarem suas vidas, comparam-se a vários padrões incluindo outras pessoas, condições passadas, aspirações e níveis ideais de satisfação e necessidades ou metas. O julgamento das satisfações está baseado nas discrepâncias entre as condições atuais reais e esses padrões de comparação. A discrepância que envolve uma comparação superior (quando o padrão é mais elevado) resultará na diminuição da satisfação, enquanto, uma comparação em direção inferior ocasionará um aumento da satisfação. Os processos de adaptação ou habituação em condições contínuas e a forma como lidamos com as situações estressantes (*coping*) são apresentados como componentes centrais nas modernas teorias de bem-estar subjetivo.

### **Instrumentos para medir o Bem-Estar Subjetivo**

Segundo Paschoal e Tamayo (2008) os instrumentos para mensuração do BES também são díspares, assim como suas proposições teóricas. Eles afirmam que o afeto

pode ser classificado em positivo e negativo e suas medidas não são opostas, mas apresentam apenas correlação negativa moderada e são claramente independentes. As dimensões: positiva e negativa do afeto têm sido confirmadas em estudos conduzidos em diferentes culturas (ALBUQUERQUE; TRÓCOLLI, 2004).

Apesar da crescente tendência da coleta de dados sobre bem-estar, existe uma variação do método empregado para sua avaliação o que tem gerado resultados frágeis. Essa falta de consistência, além de restringir a comparabilidade entre os achados dos estudos, limita a qualidade das evidências que, por conseguinte, influencia negativamente a formulação e implementação de políticas sociais (ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT – OECD/UK, 2013).

De acordo com Albuquerque e Tróccoli (2004) e Diener, Oishi e Lucas (2003), o método mais utilizado para medir o BES consiste no uso das escalas de auto relato, uma vez que o próprio indivíduo julga a satisfação com relação a sua vida e relata a frequência de emoções afetivas recentes de prazer e desprazer, embora existam outros instrumentos utilizados com menos frequência, como é o caso dos relatos informativos, medidas de memória, entrevistas, medidas qualitativas e medidas biológicas (eletroencefalogramas, eletromiografia facial e níveis de cortisol na saliva).

Nesse direcionamento, dentre as medidas de auto relato mais utilizadas, segundo Albuquerque e Tróccoli (2004) estão: a Escala de Bem-Estar Subjetivo (Subjective Well-Being Scale - SWBS) de Lawrence e Liang (1988), composta por 15 itens relativos a quatro subdimensões: satisfação de vida, felicidade, afeto positivo e afeto negativo, distribuídos em escala do tipo Likert de 5 pontos (1= discordo plenamente a 5 concordo completamente). A SWBS inclui a Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction with Life Scale - SWLS) de Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), que objetiva julgar o quanto as pessoas estão satisfeitas com suas próprias vidas, essa escala é constituída por cinco itens que avaliam o componente cognitivo do BES, tendo suas respostas dispostas numa escala de 7 pontos (1= discordo totalmente a 7 concordo totalmente).

Essa Escala de Satisfação com a vida (ESV) foi validada para a população brasileira por Gouveia et al. (2009), neste estudo, foram encontrados que o instrumento apresenta propriedades psicométricas satisfatórias, na medida em que todos os itens possuem cargas fatoriais acima de  $|0,50|$ , assim como, níveis apropriados de consistência interna (alfa de *Cronbach*), variando, em amostras distintas, entre 0,77 e 0,88.

O outro instrumento largamente utilizado conforme Albuquerque e Tróccoli (2004) é a Escala de Afeto Positivo e Afeto Negativo (Positive Affect/Negative Affect Scale - PANAS) de Watson, Clark e Tellegen (1988), composta por 20 itens à serem respondidos em uma escala de 5 pontos (1= muito pouco ou nada a 5= extremamente), essa escala medi as dimensões afeto positivo que inclui 10 palavras que descrevem sentimentos e emoções positivas (interessado, forte, entusiasmado, orgulhoso, ativo, inspirado, determinado, atento, animado e estimulado) e a dimensão afeto negativo que compõe-se de outras 10 palavras (angustiado, descontrolado, culpado, assustado, hostil, irritado, envergonhado, nervoso, inquieto e amedrontado). A PANAS apresenta índices apropriados de confiabilidade (alfa de *Cronbach* 0,86 e 0,87, para afetos positivos e negativos, respectivamente) além de apresentar correlações significativas com outros construtos, tais como; ansiedade, depressão e estresse (SIQUEIRA; PANDOVAN, 2008).

De acordo com revisão realizada por Souza (2013) demais instrumentos bastante utilizados são; a General Well-being Schedule (GWS) de Fazio (1977) tem por objetivo fornecer indicações acerca da presença, gravidade ou frequência de alguns aspectos importantes na avaliação de BES (por exemplo, humor depressivo, ansiedade e controle emocional), as pontuações altas nessa medida sugerem baixos níveis de BES, composto por 33 itens. Esse instrumento possui correlações significativas com os construtos depressão ( $r = 0,69$ ) e ansiedade ( $r = 0,64$ ). Posteriormente, Taylor et al. (2003) relatam uma versão reduzida da GWB (18 itens), que é respondida em uma escala de frequência ou intensidade. Para esses autores, essa versão admite dar um indicador geral de bem estar, pois apresenta alta consistência interna (alfa de *Cronbach* = 0,92) e significativa relação com medidas correlatas.

E as escalas *Affectometer 2* de Kammann e Flett (1983) e a *Affect Balance Scale* de Bradburn (1969), que objetivam medir as emoções positivas e negativas, assim como o equilíbrio entre elas. Ainda conforme o levantamento de Souza (2013), Diener et al. (2010) formularam a Escala de Experiência Positiva e Negativa (*The Scale of Positive and Negative Experience - SPANE*), alegando que apesar da diversidade de instrumentos para medir o BES, alguns destes não levam em consideração a especificidade dos sentimentos conforme certas culturas. A SPANE avalia experiências positivas e negativas, sendo composta por 12 itens breves, respondidos em uma escala de 5 pontos (1= Raramente ou Nunca a 5= Muitas vezes ou Sempre). De acordo com os autores, tal escala tem se mostrado como um instrumento preciso (alfa de *Cronbach* =

0,87 e 0,81, para o componente positivo e negativo, respectivamente) e válido, apresentando relação significativa ( $p \leq 0,001$ ) com o construto satisfação com a vida (componente positivo:  $r = 0,58$ ; e  $r = -0,46$ : componente negativo).

Em contexto brasileiro, Albuquerque e Tróccoli (2004) desenvolveram a Escala de Bem Estar Subjetivo (EBES), uma medida de auto relato que avalia os três componentes do bem estar subjetivo. Tal instrumento é composto por três fatores, a saber: Afeto Positivo (21 itens,  $\alpha = 0,95$ ), Afeto Negativo (26 itens,  $\alpha = 0,95$ ) e Satisfação com a Vida (15 itens,  $\alpha = 0,90$ ). Todos os itens são respondidos em escalas de cinco pontos. Naqueles que descrevem os afetos, o sujeito deve responder como tem se sentido ultimamente, mencionando na escala a intensidade de suas emoções ou sentimentos (1= nenhum pouco e 5= extremamente); nos itens de satisfação com a vida, o respondente utiliza uma escala de concordância que varia entre discordo plenamente (1) e concordo plenamente (5). De acordo com os autores dessa medida, a EBES apresenta cargas fatoriais acima de  $|0,30|$  e alfas de *Cronbach* iguais ou superiores a 0,90, sendo recomendado seu uso em amostras não psiquiátricas.

Além das escalas supracitadas, Siqueira e Pandovan (2008) mencionam a Escala de Satisfação Geral com a Vida (ESGV) também desenvolvida e validada no Brasil por Siqueira, Gomide e Freire (1996). Trata-se de uma medida unidimensional que contém 31 frases, cobrindo o mesmo número de aspectos, tais como amigos, aparência física e nível de instrução, e permite avaliar o quanto cada indivíduo está satisfeito ou insatisfeito com cada um deles por uma escala de respostas de 5 pontos (1= muito insatisfeito a 5= muito satisfeito). A precisão da escala é de 0,70. O largo leque de aspectos integrantes da ESGV permite ao pesquisador ter um panorama geral do nível em que indivíduos e grupos se sentem satisfeitos mediante uma avaliação global de sua vida, embora essa escala não permita avaliar satisfações em domínios específicos da vida.

Em razão da variabilidade de instrumentos existentes e da necessidade de padronização no campo metodológico, a Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento- (OECD) (*Organisation for Economic Co-operation and Development – OECD/UK*) elaborou um manual com orientações sobre como medir o BES. A intenção primordial do grupo era que os políticos passassem a se concentrar não apenas no crescimento econômico e na melhoria dos padrões de vida baseados essencialmente nas condições materiais. A proposta considerou ampliar a visão para uma gama de ‘outras coisas’ que são importantes na vida das pessoas, como ter uma boa

educação, viver em um meio ambiente de qualidade, ter uma moradia adequada, além da própria renda. Ou seja, que entendessem o quão complexo é a fórmula para uma vida melhor (OECD, 2013).

### **Considerações Finais**

Com base no presente capítulo pode-se entender que a psicologia positiva visa compreender os processos e fatores que proporcionam o desenvolvimento psicológico sadio. Além disso, essa ciência tem interesse em saber quais elementos implicam no fortalecimento de potencialidades e motivações, propendendo à construção de competências pessoais, nos mais variados momentos e situações da vida. A psicologia positiva se desenvolve na contramão da psicologia tradicional, que prioriza as psicopatologias humanas.

No que tange ao BES, este representa uma avaliação pessoal sobre quão feliz a pessoa se sente, independentemente do contexto e condições socioeconômicas, saúde, sucesso e outras variáveis que poderiam permitir uma avaliação objetiva de qualidade de vida. Além disso, foram compilados alguns instrumentos utilizados nessa vertente de mensuração do BES.

### **Questões Norteadoras**

- 1- Explique qual é o objetivo da psicologia positiva.
- 2- Escreva sobre o Bem-estar Subjetivo evidenciando as dimensões que compreendem esse construto.
- 3- Faça um breve esboço acerca das teorias que explicam o bem-estar.

### **REFERÊNCIAS**

ANDREWS, F. Withey; WITHEY, Stephen B. S. **Social Indicators Of Well-Being: Americans Perceptions Of Life Quality**. New York: Plenus, 1976.

BRADBURN, Norman M. **The structure of psychological well-being**. 1969.

CAMPBELL, A., CONVERGE, P. E., ; RODGERS, W. L. **The quality of American life**. New York: Russell Stage Foundation, 1976.

CANTRIL, Hadley. **The human dimension: Experiences in policy research**. 1967.

CERENTINI, J.C.; BASTIANELLO, M.R.. Origens da psicologia positiva e os primeiros estudos brasileiros. In: HUTZ, C.S. (Orgs). **Avaliação em Psicologia Positiva**. Artmed, 2014, p.13-21.

DE PAULA JÚNIOR, Wanderley; ZANINI, Daniela Sacramento. Estratégias de coping de pacientes oncológicos em tratamento radioterápico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 27, n. 4, p. 491-497, 2011.

DECI, Edward L.; RYAN, Richard M. Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. **Canadian psychology/Psychologie canadienne**, v. 49, n. 3, p. 182, 2008.

DIENER, E. Subjective well-being. **Psychol Bull**, v. 95, n. 3, p.542-75, 1984.

DIENER, E. Subjective well-being - The science of happiness and a proposal for a national index. **American Psychologist**, v.55, n. 1, p. 34-43, 2000.

DIENER, E.; RYAN, K. Subjective well-being: a general overview. **South African Journal of Psychology**, v. 39, n. 4, p. 391- 406, 2009.

DIENER, E.; SUH, E. M.; LUCAS, R. E.; SMITH, H.L. (1999). Subjective well being: Three decades of progress. **Psychological Bulletin**, 125(2), 276-302.

DIENER, Ed et al. Subjective well-being: Three decades of progress. **Psychological bulletin**, v. 125, n. 2, p. 276, 1999.

DIENER, Ed. Subjective well-being. **Psychological bulletin**, v. 95, n. 3, p. 542, 1984.

DIENER, Edward et al. Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. **Handbook of positive psychology**, v. 2, p. 63-73, 2002.

GIACOMONI, Claudia Hofheinz. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 43-50, 2004.

GOUVEIA, Carlos AM. Texto e gramática: uma introdução à linguística sistêmico-funcional. **Matraga-Revista do Programa de Pós-Graduação em Letras da UERJ**, v. 16, n. 24, 2009.

GRAZIANO, Lilian Domingues. **A felicidade revisitada: Um estudo sobre bem-estar subjetivo na visão da Psicologia Positiva**. 2005. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

GURIN, Gerald; VEROFF, Joseph; FELD, Sheila. Americans view their mental health: A nationwide interview survey, 1960.

KEYES, Corey LM; SHMOTKIN, Dov; RYFF, Carol D. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. **Journal of personality and social psychology**, v. 82, n. 6, p. 1007, 2002.

LAND, Kenneth C.; SPILERMAN, Seymour. **Social indicator models**. Russell Sage Foundation, 1975.

LAWRENCE, Renee H.; LIANG, Jersey. Structural integration of the Affect Balance Scale and the Life Satisfaction Index A: Race, sex, and age differences. **Psychology and Aging**, v. 3, n. 4, p. 375, 1988.

LIMA, Rebeca Fernandes Ferreira; DE MORAIS, Normanda Araujo. Caracterização qualitativa do bem-estar subjetivo de crianças e adolescentes em situação de rua. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 1-15, 2016.

LUHMANN, Maike et al. Subjective well-being and adaptation to life events: a meta-analysis. **Journal of personality and social psychology**, v. 102, n. 3, p. 592, 2012.

OECD. **Guidelines on Measuring Subjective Well-being**, OECD Publishing, 2013.

OISHI, Shigehiro; KESEBIR, Selin; DIENER, Ed. Income inequality and happiness. **Psychological science**, v. 22, n. 9, p. 1095-1100, 2011.

OMS (2019). World Health Organization. Mental health. Disponível em: <http://search.who.int/search?q=mental+health+definition>

RASHID, T.; SELIGMAN, M. P. **Psicoterapia positiva**: manual do terapeuta. Porto Alegre: Artmed, 2019. 364 p.

RYFF, Carol D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **Journal of personality and social psychology**, v. 57, n. 6, p. 1069, 1989.

RYFF, Carol D.; SINGER, Burton H. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. **Journal of happiness studies**, v. 9, n. 1, p. 13-39, 2008.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; RUWER, Léia Maria Erlich. Considerações sobre o impacto de um treinamento a distância na qualidade de vida percebida por funcionários do setor bancário. **Proceedings of the 1st Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca**, 2010.

SELIGMAN, M. E. P. **Florescer**: Uma nova compreensão sobre a natureza da felicidade e do bem-estar [Flourishing: A new understanding of the nature of happiness and well-being] (C. P. Lopes, Trad.). Rio de Janeiro, RJ: Objetiva, 2011.

SIQUEIRA, M. MM; GOMIDE Jr., S.; FREIRE, SA Construção e validação de uma Escala de Otimismo (EOT). **Relatório técnico. Universidade Federal de Uberlândia**, 1996.

SIQUEIRA, Mirlene Maria Matias; PADOVAM, Valquiria Aparecida Rossi. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 24, n. 2, p. 201-209, 2008.

SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. **Psicologia positiva**: uma abordagem científica e prática das qualidades humanas. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SNYDER, Charles R.; LOPEZ, Shane J. (Ed.). **Oxford handbook of positive psychology**. Oxford library of psychology, 2009.

WATSON, D.; CLARK, L. A.; TELLEGEN, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. **Journal of personality and social psychology**, v.54, n. 6, p. 1063, 1988.

WOYCIEKOSKI, Carla; STENERT, Fernanda; HUTZ, Claudio Simon. Determinantes do bem-estar subjetivo. **Psico**, v. 43, n. 3, p. 1, 2012.

YILMAZ, Vedat; ARSLAN, Zikri; ROSE, LaKeysha. Determination of lead by hydride generation inductively coupled plasma mass spectrometry (HG-ICP-MS): on-line generation of plumbane using potassium hexacyanomanganate (III). **Analytica chimica acta**, v. 761, p. 18-26, 2013.

ZHANG, Junshe; YEDLAPALLI, Prasad; LEE, Jae W. Thermodynamic analysis of hydrate-based pre-combustion capture of CO<sub>2</sub>. **Chemical engineering science**, v. 64, n. 22, p. 4732-4736, 2009.

#### **4 A Redução de Danos e a perspectiva de uma assistência integral no Campo da Saúde Mental**

Leandro Roque da Silva

Há de se reconhecer que o tema da Redução de Danos é tão antigo quanto as práticas do próprio uso das substâncias psicoativas (SPA). Se entendemos esse uso como algo inerente a realidade dos sujeitos, poderemos entender também que as práticas em torno da diminuição dos agravos em consequência de determinados tipos de relações com os tóxicos também se fez presente na realidade das sociedades humanas. No entanto, formular políticas públicas no âmbito a saúde, nem sempre acompanhou estes modos de produção e de consumo nas sociedades. Neste aspecto, datamos da segunda metade do século XX, iniciativas neste sentido, ou seja, primeiras aparições em textos legislativos que versam sobre o cuidado junto a esta população. Foi neste sentido, que ganhou-se espaço a problematização, a reflexão e as iniciativas pragmáticas sobre a Redução de Danos, ora como tecnologia do cuidado, ora como ética, ora como técnica junto as pessoas que fazem uso de SPA.

O fato é que na atualidade, concebe-se a questão do uso prejudicial das SPA como um problema de saúde pública, atravessada pelos trajetos singulares dos sujeitos, envolvendo toda a rede de serviços públicos e recursos comunitários, norteando uma visão ampla de assistência, onde se observam as múltiplas necessidades dos cidadãos que fazem uso destas e dos serviços por estes acessados.

Sendo assim, não há dúvidas que na atualidade, a problemática acerca das drogas consiste, aliada a outras questões, em um dos maiores fatores de marginalização social e um dos maiores obstáculos no acesso aos direitos fundamentais de considerável parcela da população mundial.

Nesse aspecto, torna-se impossível conceber mudanças éticas somente a partir do “cuidado” mergulhado em um contexto de políticas repressivas, que fazem apologia à guerra, à adulteração e ao crime nos territórios onde se dão a produção, circulação, o comércio e uso de drogas. Todavia, ao se pensar no cuidado a estes sujeitos, será preciso uma série de revisões no âmbito da moralidade de trabalhadores e trabalhadoras consigo mesmos/as. É nesse aspecto que trilhamos um complexo caminho em relação à assistência a essas pessoas, tentando incluir, nessa trajetória de mudanças, perspectivas de ordem social, econômica e política, incorporando os diversos setores da população.

Diante de tal problematização, nas linhas que se seguem, pretendemos dialogar em torno destas construções, na tentativa de traçar um caminho percorrido aqui no Brasil, em torno das intervenções estatais neste âmbito e o surgimento das políticas de saúde, elegendo a Redução de Danos (RD), como paradigma “oficial” – talvez não possamos mais na atualidade utilizar tal nomeação - das práticas de cuidado / assistência.

### **Era uma vez... umas histórias, alguns usos, e algumas seletivas preocupações**

*Devemos estudar as drogas. Devemos experimentar as drogas. Devemos fabricar boas drogas – suscetíveis de produzir um prazer muito intenso. (...). As drogas fazem parte de nossa cultura. Da mesma forma que há boa música e má música, há boas drogas e más drogas. E, então, da mesma forma que não podemos dizer que somos “contra” a música, não podemos dizer que somos “contra” as drogas.”*

***Michel Foucault***

Atualmente, no cenário brasileiro, observa-se que a reflexão sobre a mudança da concepção política, técnica e científica, em relação às pessoas que apresentam algum tipo de problema em relação ao uso de SPA, aponta algumas mudanças e inovações que se aproximam das discussões de promoção da saúde e das estratégias intersetoriais, por exemplo, como fundamentos indispensáveis para esses novos modelos de cuidado. Mas nem sempre foi assim...

É notório observar que antes da chegada dos europeus nas Américas, as populações locais consumiam diversas SPA tais como: cauim (bebida destilada da raiz de mandioca), tabaco das plantações de fumo, cogumelos alucinógenos, entre outras, nativas da região. Basicamente, o uso era coletivo e de ordem religiosa, sendo controlado por meio de prescrições e proibições sociais, que geralmente eram acatadas, sem a necessidade de agentes estatais para tal uso.

Porém, com a expansão das grandes navegações, a partir dos séculos XVI e XVII, foi possível a circulação de outros produtos que aguçavam o paladar, como as folhas de chá, a pimenta, o ópio da papoula, as bebidas à base de álcool etílico, o tabaco, o café, a noz-moscada e o chocolate de cacau.

Nesse contexto, ficavam evidentes os interesses do projeto exploratório da metrópole portuguesa em terras ameríndias, visando por exemplo, e quase sempre o lucro. Começa, pois, as primeiras intervenções no consumo da população:

A cachaça ou pinga, como passou a ser chamada popularizou-se entre escravos e homens livres. Com a comercialização da bebida, a coroa portuguesa chegou a proibir os alambiques de aguardente, não porque o Estado estivesse preocupado com o consumo e efeitos do uso abusivo da cachaça. A fabricação do chamado “vinho do mel” foi proibida (1649) para não concorrer com as bebidas portuguesas. (TRAD, 2010, p. 91).

Nessa mesma época, na cidade do Rio de Janeiro e em regiões do estado de Minas Gerais, os escravos que excediam no consumo de cachaça eram tratados com bastante rigor, com o objetivo de que cessassem a ingestão de álcool e, assim, que o sistema de produção escravista se mantivesse em funcionamento. As formas encontradas pelos senhores de escravos eram as mais variadas possíveis, recorrendo a diversos tipos de máscaras de ferro para impedir que os escravos ingerissem qualquer tipo de líquido (MORAES, 2009).

## O Escravo Punido



Fonte: Debret (apud FARIAS, 2009).

Outra substância de destaque que teve sanções estatais na época colonial, foi a maconha. Tal matéria-prima poderia ser encontrada facilmente nas sombras dos cultivos dos latifúndios de cana-de-açúcar existentes no Brasil. Para a coroa portuguesa, pelo menos nesse primeiro momento, o cultivo da planta também fazia parte do projeto econômico colonizador.

Aos 4 de agosto de 1785, o vice-rei (...) enviava carta ao Capitão General e Governador da capitania de São Paulo (...) recomendando o plantio de cânhamo por ser de interesse da metrópole (...) remetia o porto de Santos (...) dezesseis sacas com 39 alqueres de semente de maconha (FONSECA, 1980 apud CARLINI, 2005, p. 2).

Esse incentivo tinha por finalidade a produção de cânhamo<sup>1</sup>, excelente matéria-prima para a fabricação das cordas e velas dos navios portugueses. Porém, em 1930, período de conflitos regionais e revoltas dos escravos, o município do Rio de Janeiro publicou um edital de proibição da venda e consumo de maconha em lugares públicos. Tal medida representava o temor dos senhores e das elites políticas por uma rebelião da população escrava, já que, nesse período, essa se encontrava em maior número do que a população livre e se comportava com irreverência nas ruas da cidade.

Até boa parte do século XIX, o Estado brasileiro reproduziu um modelo clássico de abordagem aos usuários de SPA, interferindo pouco no seu uso. A esse usuário, no campo da legislação estatal, concebeu-se que apenas a embriaguez alcoólica em público

---

<sup>1</sup> É o nome da fibra que se obtém da planta da maconha, que tem, entre outros, usos têxteis. Além de tecidos, é utilizado na fabricação de [papel](#), cordas, alimentos (principalmente [forragem animal](#)), óleos, resinas e combustíveis.

era punida com prisão. Já as demais SPA eram categorizadas como veneno, não existindo leis para os seus diferentes tipos e podendo ser adquiridas apenas em estabelecimentos autorizados pelo governo para fins medicinais.

Já nas primeiras décadas do século XX encontramos uma publicação médica que traz um exemplo dessas incursões nas áreas jurídica, policial e moral. Pernambuco Filho e Aduino Botelho - médicos do Sanatório Botafogo e professores da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, considerados especialistas da época - publicaram, em 1924, a obra mais importante do período sobre o tema, intitulada “Vícios Sociais e Elegantes”. As abordagens desses dois autores não se baseavam apenas na medicina, mas tinham o objetivo de contribuir para a instituição de leis mais severas contra o uso e comércio de “certas” SPA.

As recomendações desses médicos afirmavam seus interesses no sentido de contribuir para a visão de que o usuário de SPA é psicologicamente anômalo e moralmente pervertido.

Em 1922, recursos estatais foram empregados para a criação de um pavilhão na colônia dos alienados, no Engenho de Dentro<sup>2</sup>, para a internação de toxicômanos do sexo feminino.

Nessa mesma década, o sistema policial sofreu algumas alterações, sendo implantada a inspetoria de entorpecentes e mistificações, estabelecendo o uso abusivo de SPA enquanto uma disciplina da Escola de Polícia. Em 1924, criou-se uma delegacia especializada na repressão ao comércio ilícito de entorpecentes. Os usuários e vendedores das SPA passaram a frequentar os Tribunais de Justiça, nos quais médicos e psiquiatras afirmavam o ideário eugênico e exigiam novas capturas.

Assim, em nosso país, começam a se revelar outras maneiras, de maior ou menor tolerância, para se lidar com o uso de SPA, tendo como influência algumas legislações internacionais. É importante também destacar que as conferências internacionais lideradas pelos Estados Unidos - a exemplo da Conferência Internacional de Shagay (1909) e a da Conferência de Haya (1911), destinadas ao combate das SPA -, repercutiram diretamente nos formadores de opiniões na sociedade brasileira.

Com os médicos assumindo a administração e o controle das ações nas instituições públicas de saúde, a função era identificar o “desvio” contido em atos,

---

<sup>2</sup> Hospital Psiquiátrico criado em meados do século XIX, no estado do Rio de Janeiro.

hábitos, comportamentos e crenças, revelando, a partir desses parâmetros, a inferioridade de alguns grupos.

[...] populações negras, pobres e/ou de baixa escolaridade terminavam preenchendo os requisitos e sendo reconhecidas como segmentos sociais primitivos, inferiores e perigosos [...] Manifestações típicas da população afro-descendente, o samba, a capoeira, o candomblé e a maconha, foram proibidos sob a argumentação de que eram comportamentos primitivos que deveriam ser extintos (FRY, 1978 apud TRAD, 2010, p. 105).

Consolidava-se efetivamente o proibicionismo no Brasil. Apesar de conceder mais ênfase na substância, as evidências apontam que as restrições ao consumo refletiam a intolerância frente às diferenças socioculturais. Na prática, o consumidor era privado da liberdade e capacidade de escolha ou vontade, sujeito a um controle muito forte por parte do Estado.

Em 1971, a Lei nº 5726 introduziu mudanças significativas no campo da drogadição. O usuário passou a ser considerado como um doente, sendo os hospitais psiquiátricos lócus privilegiados de tratamento, tendo como objetivo salvar e recuperar, ultrapassando, nesse sentido, os limites da punição.

Assim, a psiquiatria torna-se aliada da repressão militar, na hegemonia de postular o destino dessa classe de excluídos, favorecendo o controle e a normatização da sociedade brasileira da época.

Diante desse percurso histórico, observa-se que o trato com a questão do uso das SPA em nosso país se concentrou basicamente no campo jurídico-criminal, sendo influenciado por um discurso médico segregacionista e moralista, que limitava o processo de cuidado, ora entendendo que o usuário era infrator, um criminoso, ora como doente que precisava ser internado para ser curado. Portanto, toda política sobre drogas no Brasil até esse momento permeou o discurso penal, com influências da ciência médica pseudocientífica de cunho moralista.

**Algo começa a se mover... “Últimos” ecos segregadores e os movimentos de redemocratização**

*“[...]a droga é uma obra de cultura, um desafio para o homem e seu autoconhecimento. Secar seu pântano interno condena quem é capaz de fazê-lo”.*

Foi só no fim dos anos 70, quando começava a ganhar notoriedade um processo de desestabilização política e econômica, que houve uma ampliação da discussão entorno das propostas de construção de políticas públicas referentes à assistência dos usuários de SPA. Começa a ganhar terreno de importância critérios políticos, socioculturais, econômicos e ideológicos nas políticas sobre drogas, em detrimento de posturas criminais e farmacológicas.

Em 1982 foi descoberto o primeiro caso de AIDS no Brasil. A ocorrência dessa doença foi inicialmente associada aos homossexuais da classe média alta, não havendo motivo para uma abordagem pelo setor público da saúde. Além disso, o preconceito e a falta de compreensão dos riscos para a população em geral, fazia com que o poder público resistisse em abordar esse fenômeno.

Surgiu, então, o conceito de grupo de risco, que amplamente divulgado pela mídia, contribuiu para estigmatizar os segmentos que eram identificados como transmissores da doença. Com esse conceito de grupo de risco, houve uma construção de uma consciência social sobre a doença que impedia que indivíduos sociais se percebessem em situação de risco, por não se identificar com os segmentos sociais que o conceito abarcava (BRITES, 2006).

Porém com a rápida expansão da doença para outros segmentos sociais e a possibilidade de sua extensão para grande parte da população, colocou-se como necessária a criação de uma política pública de saúde para o controle da AIDS.

Foi nesse período que surgiu várias organizações não governamentais (ONG), que além de ajudar as pessoas portadoras do HIV, tinham como objetivo fiscalizar e criticar algumas propostas assistenciais por parte do poder público. Dessa forma, cada vez mais, o movimento organizado em torno da AIDS passou a contar com um quantitativo maior de atores que pautavam as demandas dos grupos mais atingidos pela epidemia (BRITES, 2006).

No plano de governo, em 1987, o Ministério da Saúde (MS) reconheceu a importância de se debruçar sobre a situação da AIDS no Brasil e criou a Divisão Nacional de Doença Sexualmente Transmissível (DST)/AIDS que, posteriormente, foi transformada na Coordenação Nacional de DST/AIDS (MACHADO, 2006).

Nessa coordenação, havia uma unidade relacionada às questões sobre drogas, que ficou responsável de implementar projetos relacionados à temática. Em 1989, com o

crescimento epidemiológico da doença junto aos UDI, o MS, por meio dessa coordenação, criou o projeto Previna. Em linhas gerais, o Previna buscou estabelecer ações de prevenção para populações específicas, entre elas os usuários de drogas.

Já em 1993, o uso de drogas injetáveis era responsável por 11,5% dos casos de AIDS no Brasil (PINHEIRO, 2006). Mesquita (1998 apud MACHADO, 2006) afirma que nesse mesmo ano, no estado de São Paulo, já se constatava que mais de 50% dos casos notificados de AIDS tinham como forma de contaminação o compartilhamento de seringas na utilização de drogas injetáveis. Nesse sentido, foi implantado o primeiro projeto de Redução de Danos no Brasil, com a distribuição de seringas e outros insumos. No entanto, o Ministério Público daquele estado interviu, abrindo várias ações cíveis e criminais contra os seus coordenadores.

Já em 1994, a ONU, por meio do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP), passou a apoiar política e financeiramente o desenvolvimento de programas de prevenção da AIDS entre os usuários de drogas no país. Foi chamado de Programa AIDS I, e desenvolvido a partir de cinco estratégias/eixos de trabalho (MACHADO, 2006):

- Formação de multiplicadores para a prevenção de DST - ênfase na AIDS - e do uso indevido de drogas no ambiente escolar;
- Capacitação para o desenvolvimento de projetos na área de drogas e AIDS;
- **RD** à saúde associada ao uso indevido de drogas, por meio de práticas seguras e ações preventivas ao uso injetável de drogas;
- Apoio técnico e financeiro às ONG para o desenvolvimento de ações junto a populações específicas (ex.: usuários de drogas);
- Avaliação e pesquisa.

Dessa forma, inaugura-se no Brasil, uma abordagem de cuidado às pessoas que fazem uso de drogas sob outra perspectiva. Distante das concepções repressivas, e permeadas pelos discursos de “guerra às drogas”, que se originaram no âmbito da segurança pública, começa-se a investir dinheiro estatal para o cuidado em saúde, focando-se não mais no objeto em si, que seria a droga, mas nas múltiplas relações e nos contextos em que estão inseridos os seus sujeitos. O objetivo dessas ações seria reduzir os riscos e danos associados ao consumo de drogas, sendo pautadas pelo reconhecimento dos direitos sociais e humanos desses usuários.

Outros projetos de redução de danos foram implementados no Brasil, ainda na década de 90. A partir desses projetos - que contavam com financiamento do governo federal e do banco mundial - e do contato com a experiência de redução de danos de outros países, começaram a surgir no Brasil organizações não governamentais associadas a redução de danos. Em 1997, foi criada a Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA) e nos anos subsequentes foram criadas outras organizações com atuações regionalizadas (MACHADO, 2006, p. 69).

A perspectiva que a RD trouxe, de privilegiar a defesa de direitos dos usuários de drogas, abarcava o acesso não apenas aos serviços de saúde, mas a toda assistência burocrática estatal. Para além disso, exigia a modificação da percepção acerca do uso de drogas na cultura brasileira e o deslocamento do fenômeno para o campo dos direitos humanos.

Importante destacar que os projetos de RD, inicialmente ligados à problemática da AIDS e, posteriormente, focados nos usuários de drogas, forneceram subsídios técnicos e teóricos para a elaboração da política pública de saúde para esse segmento social.

### **Abertura para concluir: A Redução de Danos e as disputas no Cenário de Cuidado tupiniquim**

*Restituir na contemporaneidade, um cuidado de si subversivo às regras de conduta coercitivas, ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário para além das instituições, mas não dispensando as próprias.*

É mister salientar que esses projetos deram maior visibilidade a realidade dos usuários no setor público da saúde, evidenciando a dificuldade de acesso desses ao Sistema Único de Saúde (SUS). A partir da aproximação dos usuários de drogas com os serviços de saúde é que foi possível revelar as dificuldades na prestação da assistência e a quase inexistência de políticas públicas na área da saúde destinadas a essa população.

Nesse sentido,

a organização política de profissionais da saúde, de pesquisadores e de redutores de danos<sup>3</sup>, ligados à pesquisa ou a implantação das estratégias de RD, contribuiu para o avanço da redução de danos em nosso meio, ao longo da década de 90. O compromisso e o empenho de alguns técnicos e de alguns gestores ligados aos Programas Nacional, Estadual e Municipal de DST/AIDS foram, também, fundamentais para a implantação e ampliação da RD brasileira (BRITES, 2006, p. 86).

Dessa maneira, a RD se configura como uma alternativa à diversidade intrínseca da dependência de drogas e de respeito às singularidades do indivíduo. Por isso, é uma estratégia dirigida ao usuário de substâncias, na qual o foco não está voltado “para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida” (BRASIL, 2004, p. 10).

Para Brites (2006), a RD promove em suas abordagens a construção de respostas sociais e de saúde para os usuários de drogas. A perspectiva aqui seria democrática e de ampliação dos direitos, contribuindo para o confronto ético e político, e deixando suspensas as normativas repressoras com relação ao uso de drogas.

Se baseia nos princípios da experimentação empática versus idealismo moralista. O experimentalismo empático não pergunta se o comportamento em questão é certo ou errado, bom ou ruim, doentio ou saudável. O experimentalismo preocupa-se com o manejo das questões cotidianas e das práticas reais, preocupando-se em estar lá com outro, dialogando e ouvindo o outro, e juntos buscando alternativas viáveis para aquele momento e para aquela situação específica.

É neste sentido que a partir dessas iniciativas até a atualidade, a Redução de Danos, se incorporou aos textos institucionais, foi concebida como prática na Saúde Mental, se instituiu nos programas governamentais, sendo concebida como uma importante estratégia de cuidado. Sua ética do cuidado, conquistou os discursos reacionários e ao mesmo tempo provocando ódio aos conservadores. Ampliou as ofertas de assistência, colocando em xeque uma perspectiva hegemônica de cuidado, que tem como caminho único a abstinência. Não há dúvidas que a Redução de Danos aceita a inevitabilidade de determinado nível de consumo de drogas na sociedade, pois as drogas existem, sempre existiram, e estão aí para ficar. Enfatiza a mensuração de resultados no

---

<sup>3</sup> Redutores de danos são pessoas que conhecem e efetivam as abordagens e técnicas da RD. Geralmente fazem parte da rede de interação social dos usuários de drogas, das comunidades locais ou são os próprios usuários de drogas.

âmbito da saúde e da vida em sociedade, ressaltando a importância da cooperação intersetorial e multidisciplinar, trabalhando com a política do possível.

Porém algo à espreita se movimenta, os discursos estão mais rígidos e posturas retrógradas ganham volume e densidade na cena social atual. Não basta mais dizer que a política de Redução de Danos é a perspectiva indicada pelos órgãos governamentais – postura esta que não se sustenta mais, diante dos retrocessos que vem ocorrendo a nível nacional na atualidade. Nos serviços específicos de atendimento as pessoas que fazem uso de SPA, muitas vezes há uma incompatibilidade do fazer cotidiano a partir da ética da RD; as gestões não financiam mais os projetos emancipatórios nesta área; não sustentam os programas de RD; não contribuem para a compra de insumos para as práticas de RD no território; não contratam agentes de Redução de Danos para o trabalho diário; as formações se extinguíram, e com elas, as problematizações, as reflexões e o cuidado aliado aos Direitos Humanos. Estamos muitas vezes se contentando com “migalhas”, localizadas, sempre no esforço de uma construção permanente de ativação e manutenção dos pressupostos da RD no Brasil.

Diante de tal cenário, se faz urgente repensar as nossas praticas diante de tal contexto, e compreender os jogos de força que mantem as nossas perspectivas de cuidado. Será que na atualidade, podemos dizer que a RD é uma perspectiva de cuidado junto as políticas de saúde no Brasil? O que sustenta tal posicionamento? A RD se legitima diante de seus usuários e familiares? O que pensamos sobre a RD nos serviços?

Enfim, são questões complexas, que dependeria de uma revisão pormenorizada de todos os seus pressupostos, de seus surgimentos, dos avanços e dos retrocessos da própria Redução de Danos. A questão é, como ressignificar a RD nestes tempos de discursos e práticas sombrias, onde construir vinculo, ampliar o horizonte das escutas; ofertar diversas possibilidades no atendimento, caiu muitas vezes em desuso, abrindo espaço para algo normativo, abstêmico e cerceador das condições relacionais que cada um consegue suportar...

Eis uma das problematizações dos tempos atuais.

#### Questões Norteadoras:

1. Nem sempre a utilização de substancias psicoativas (SPA) se caracterizaram como um problema de saúde pública entre os países. No Brasil não foi diferente, já que as SPA foram encaradas de várias maneiras e formas. Diante dessa assertiva, construa uma

linha do tempo, dialogando com os períodos históricos que você julgue importante em relação as compreensões sobre as SPA.

2. No cenário atual brasileiro, temos uma grande discussão em torno do uso, abuso e possíveis prejuízos que os sujeitos apresentam ao fazerem uso das SPA. Na contemporaneidade, a questão das substancias se apresenta como um problema de Saúde Pública, atravessado pelos trajetos singulares dos sujeitos. Neste aspecto, dialogue em torno de uma pratica da Psicologia neste campo.

3. Sabemos que na atualidade, o campo do cuidado em relação ao uso de SPA é entrecortado por vários discursos e várias práticas junto aos sujeitos que apresentam algum prejuízo uma relação seus consumos compulsivos. Desta forma, dialogue em torno desse cuidado a partir dos princípios da Redução de Danos.

## **Bibliografia**

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2018.

BRITES, C. M. **Ética e uso de drogas** - uma contribuição da ontologia social para o campo da saúde pública e da redução de danos. 2006. 148f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), São Paulo, 2006.

CARLINI, E. A.; RODRIGUES, E.; GALDURÓZ, J. C. F. **Cannabis sativa L. e substâncias canabinóides em medicina**. São Paulo: CEBRID, 2005.

FARIAS, B. Escravidão. **Imagens Históricas**. [S.I.], 22 ago. 2009, il. Disponível em: <<http://imagenshistoricas.blogspot.com.br/2009/08/escravos.html>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

MACHADO, A. R. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública**: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas. 2006. 151f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2006.

MORAIS, P. C. de C. **Drogas e políticas públicas**. 2005. 306 f. Tese (Doutorado em Ciências Humanas) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, 2005.

TRAD, S. do N. S. **A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais**. 2010. 300f. Tese (Doutorado em Antropologia da Medicina) - Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, 2010.

## **5 A avaliação psicológica em seus múltiplos contextos**

Kay Francis Leal Vieira

### **Introdução**

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2018), a Avaliação Psicológica caracteriza-se como um processo estruturado de investigação de fenômenos psicológicos, realizado por meio de métodos, técnicas e instrumentos específicos. Seu objetivo é prover informações que possam favorecer a tomada de decisão, seja no âmbito individual, grupal ou institucional, com base em demandas, condições e finalidades específicas. Compreende um amplo processo de investigação, no qual se conhece o avaliado e sua demanda, almejando programar a tomada de decisão mais apropriada. Trata-se da coleta e da interpretação de dados, obtidos por meio de um conjunto de procedimentos confiáveis, entendidos como aqueles reconhecidos pela ciência psicológica (CFP, 2013).

É uma atividade específica e exclusiva do profissional da Psicologia, garantida pela Lei nº. 4119 de 27/08/62 (BRASIL, 1962), que caracteriza como função privativa do(a) Psicólogo(a) a utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos: a) diagnóstico psicológico; b) orientação e seleção profissional; c) orientação psicopedagógica; d) solução de problemas de ajustamento. O uso de instrumentos psicológicos para as finalidades indicadas é privativo aos profissionais da Psicologia, embora as relações interdisciplinares que envolvam conhecimentos da ciência psicológica devam ser feitas com a colaboração dos profissionais psicólogos (PRIMI, 2018).

A Avaliação Psicológica se refere ao modo de conhecer fenômenos e processos psicológicos por meio de procedimentos de diagnóstico/prognóstico e de exame propriamente dito (ALCHIERI; CRUZ, 2014), apresentando-se como um processo flexível e não padronizado, que tem por objetivo chegar a uma determinação sustentada a respeito de uma ou mais questões psicológicas (URBINA, 2007). Pode ocorrer em diferentes contextos e situações, sendo de responsabilidade do (a) psicólogo(a) o planejamento e a realização do processo avaliativo, com base em aspectos técnicos e teóricos. A escolha do número de sessões, das questões a serem respondidas, bem como de quais instrumentos/técnicas devem ser utilizados será baseada em alguns fatores, a saber: o contexto no qual a avaliação psicológica está inserida; os propósitos da avaliação; os construtos psicológicos a serem investigados; a adequação das características dos instrumentos/técnicas aos indivíduos avaliados; bem como das condições técnicas, metodológicas e operacionais do instrumento de avaliação (CFP, 2013).

### **Métodos e Técnicas utilizados no processo de Avaliação Psicológica**

Conforme já mencionado, a Avaliação Psicológica é definida como um processo e não como a realização de uma técnica ou instrumento de forma isolada. Nesse sentido, o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2018) regulamenta o uso de fontes fundamentais e complementares de informação para a realização do processo avaliativo. São consideradas fontes fundamentais: testes psicológicos, entrevistas, anamneses e/ou protocolos ou registros de observação de comportamentos obtidos individualmente ou por meio de processo grupal e/ou técnicas de dinâmica de grupo. No que se refere às fontes complementares, o CFP regulamenta o uso de técnicas e instrumentos não psicológicos que possuam respaldo da literatura científica da área e que respeitem o Código de Ética e as garantias da legislação da profissão, bem como documentos técnicos, a exemplo de protocolos ou relatórios de equipes multiprofissionais. A seguir serão abordadas de forma mais detalhada as fontes fundamentais de informação do processo de avaliação psicológica.

#### ✓ Testes Psicológicos

Testes psicológicos são procedimentos sistemáticos que objetivam descrever e/ou mensurar características e processos psicológicos, compreendidos tradicionalmente nas áreas da emoção/afeto, cognição/inteligência, motivação, personalidade, psicomotricidade, atenção, memória, percepção, dentre outras, nas suas mais diversas formas de expressão, segundo padrões definidos pela construção dos instrumentos (CFP, 2012). Apesar de frequentemente serem apontados como os únicos instrumentos utilizados pelos(as) psicólogos(as) para realizarem a avaliação psicológica, os testes psicológicos são apenas um dos recursos utilizados, representando tão-somente uma das etapas do processo avaliativo, a qual é denominada Testagem Psicológica.

Comumente, os termos *avaliação psicológica* e *testagem psicológica* são utilizados como sinônimos, distorcidos do seu real significado. A origem dessa confusão relaciona-se em parte, com o desenvolvimento histórico da avaliação, que surgiu vinculada a uma de suas aplicações práticas, a saber, o desenvolvimento dos testes psicológicos (ANDRADE; SALES, 2017). Apesar dessa utilização incorreta dos termos é importante ressaltar que a avaliação psicológica se refere a um processo amplo que envolve a integração de informações provenientes de diversas fontes, dentre elas, testes, entrevistas, observações e análise de documentos, enquanto que a testagem psicológica pode ser considerada uma etapa de coleta dos dados, cuja principal fonte de informação são os testes psicológicos de diferentes tipos (CFP,2013).

Em relação aos tipos de testes, observa-se que não existe na literatura um consenso sobre a classificação dos mesmos. Não há um modelo único, uma vez que existem diversos critérios que podem ser utilizados para categorizá-los, a exemplo da objetividade, padronização, tempo, forma de aplicação, forma de expressão e organização. Apesar disso, percebe-se na literatura, a divisão dos testes psicológicos, inicialmente, em dois grandes grupos: testes psicométricos e testes projetivos.

Os psicométricos, também chamados de objetivos, caracterizam-se por serem quantitativos e por fazerem uso obrigatório da estatística. Há uma maior padronização em sua tarefa, bem como na aplicação e interpretação do instrumento. Os testes psicométricos podem ser construídos com base em diferentes teorias e tem-se uma ênfase maior no instrumento do que no avaliador (SERAFINI; BUDZYN; FONSECA, 2017). Os testes projetivos, por sua vez, possuem menor ênfase nos dados normativos, apresentam estímulos vagos e/ou ambíguos, que dão margem à diferentes interpretações, produzindo uma variedade ilimitada de respostas. Os critérios para interpretar e/ou categorizar determinado construto são subjetivos, dinâmicos e não

observáveis (BANDEIRA et al, 2006). Segundo Pinto (2014), os testes projetivos representam uma categoria ampla que engloba diversas subcategorias, como testes expressivos, estruturais e temáticos, já que todos esses trabalham com o conceito de projeção oriundo da teoria psicanalítica.

Tomando-se como base o critério do tempo, os testes psicológicos podem ser classificados como testes de velocidade ou de potência. Os testes de velocidade, também conhecidos como testes de rapidez, possuem um tempo pré-determinado e medem a rapidez de raciocínio ou execução de determinada tarefa. Já os testes de potência, também chamados de testes de nível, medem, não a rapidez da execução das respostas, mas a qualidade da mesma (ERTHAL, 2009).

Outras classificações menos usuais também são encontradas na literatura científica, sendo válido ressaltar que não se pretende aqui esgotar todas as possibilidades de categorização. Sendo assim, considerando a forma de aplicação do instrumento, os testes podem ser classificados como individuais ou coletivos. Já no que se refere à forma de expressão, os mesmos são divididos entre testes verbais ou não verbais. Por fim, Erthal (2009) destaca ainda a existência de outra divisão que agrupa os instrumentos em testes isolados ou baterias, que correspondem a um conjunto de testes criados e elaborados para serem utilizados conjuntamente.

Independentemente do tipo de teste que o(a) psicólogo(a) selecione para utilizar no processo avaliativo, este instrumento deve ter sua validade reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia. Para auxiliar o profissional nessa verificação, o CFP criou em 2003 o Sistema de Avaliação dos Testes Psicológicos – SATEPSI, que desde então é o responsável por avaliar a qualidade dos instrumentos psicológicos, a partir da verificação objetiva de um conjunto de requisitos técnico-científicos. Trata-se de um sistema contínuo de avaliação dos testes psicológicos que envolve a) a regulamentação da área, b) a análise dos requisitos mínimos que um teste psicológico precisa apresentar, c) a elaboração de listas dos testes considerados favoráveis ou desfavoráveis para uso profissional e d) a divulgação dessas informações à comunidade (REPPOLD; NORONHA, 2018).

A lista de testes disponibilizadas pelo SATEPSI não tem o objetivo de indicar o contexto de utilização dos instrumentos, cabendo a(o) psicólogo(a) escolher, dentre aqueles considerados favoráveis, os que mais adequadamente atendem aos objetivos da avaliação, bem como às características do avaliado. Diante disso, faz-se necessário destacar que é considerada falta ética a utilização de testes psicológicos com parecer

desfavorável ou que constem na lista de testes psicológicos não avaliados no site do SATEPSI, salvo para os casos de pesquisa na forma da legislação vigente e de ensino com objetivo formativo e histórico na Psicologia.

✓ Entrevista

Diferentemente dos testes psicológicos, a entrevista não representa um instrumento específico e exclusivo do profissional psicólogo. Ao contrário, trata-se de uma técnica de coleta de dados utilizadas em diversas ciências e tem sido realizada com diferentes finalidades e objetivos. Especificamente, na ciência psicológica tem sido utilizada em vários contextos pelos psicólogos, como parte de diagnóstico, tratamento, seleção, dentre outras possibilidades.

Segundo Nunes, Lourenço e Teixeira (2017), a entrevista pode partir de diferentes enfoques teóricos (psicanalítico, comportamental, etc.), ter distintos objetivos (de diagnóstico, de desligamento, de encaminhamento, etc.), ter seu formato mais ou menos estruturado e ser conduzida de forma mais ou menos dirigida. Entretanto, em todos os formatos que adquire e se utilizada de modo adequado permite acessar ampla e profundamente informações sobre o entrevistado, conhecer suas particularidades, suas relações interpessoais, conhecimentos e atitudes a respeito de determinados assuntos, sua história pregressa, seus planos futuros, bem como o que o incomoda e atrapalha, numa diversidade de contextos e situações (SANTOS, 2014).

De acordo com Hutz (2015), as entrevistas podem ser classificadas como estruturadas, semiestruturadas ou informais (não estruturadas). As primeiras seguem um roteiro preciso, em que o entrevistador dispõe de um conjunto de perguntas que devem ser feitas. Esse roteiro é organizado com o objetivo de colher dados específicos que permitam gerar hipóteses diagnósticas ou produzir comparações entre todas as pessoas entrevistadas. As entrevistas semiestruturadas, por sua vez, possuem um roteiro e um conjunto básico de questões, porém o entrevistador não fica limitado a esse roteiro, sendo possível, em função das respostas, conduzir a entrevista para outros rumos e explorar com mais profundidade outras informações. Por fim, as entrevistas informais, ou não estruturadas, são aquelas que possuem um roteiro preestabelecido, embora o entrevistador geralmente tenha algumas questões que deseje explorar.

A escolha do tipo de entrevista é de responsabilidade do psicólogo, porém no contexto da avaliação psicológica a mais usual é a do tipo semiestruturado. Para Nunes,

Lourenço e Teixeira (2017), nesse tipo de entrevista existe um roteiro, contudo, flexível, não fechado, com o qual o avaliador conduz a entrevista e obtém as informações necessárias. Através da utilização de entrevistas semiestruturadas, o psicólogo pode com mais liberdade, formular as questões de seu interesse e organizar a sequência das mesmas.

Denscombe (2003) alerta para a necessidade de alguns cuidados para a realização da entrevista, ressaltando a importância da preparação prévia do ambiente, a exemplo do posicionamento das cadeiras, climatização da sala, uso de gravador etc. É importante também que, durante a entrevista, o(a) psicólogo(a) busque estimular verbalizações do avaliando, que por questões situacionais ou de personalidade pode tornar-se mais sucinto em suas respostas. Desta forma, o(a) avaliador (a) deve buscar sempre verificar se está obtendo as informações necessárias, tentar ler nas entrelinhas, verificar incoerências e contradições, atentando também para a possibilidade de respostas relacionadas à desejabilidade social.

As entrevistas podem ser aplicadas nos diferentes contextos da avaliação psicológica, embora em cada situação específica, as questões abordadas sejam bem diferentes. Santos (2014) destaca que o bom resultado desta técnica relaciona-se com as competências do psicólogo entrevistador, suas habilidades relacionais e a capacidade de abordagem. Nesse mesmo direcionamento, Hutz (2015) ressalta que há sempre necessidade de treinamento para a realização de entrevistas, pois embora a entrevista seja fundamentalmente um processo de interação verbal, o psicólogo deve realizar conjuntamente a observação do entrevistado.

#### ✓ Observação

No contexto da Avaliação Psicológica a observação do comportamento caracteriza-se como uma técnica essencial, extremamente útil, e de certa forma, indissociável das outras técnicas utilizadas no processo avaliativo. Isso se deve ao fato de que quando o(a) psicólogo(a) está aplicando um determinado teste ou realizando a entrevista, concomitantemente, está também observando como o avaliado se comporta naquela situação.

Para Hutz (2015), a observação é um método que gera muitas informações, pois em maior ou menor escala, está sempre presente nos processos de avaliação psicológica, especialmente quando essa avaliação é individual, embora também seja utilizada com

grupos. É empregada frequentemente como auxílio diagnóstico em diversos contextos, permitindo fazer inferências que podem ser conferidas com os resultados dos demais instrumentos da avaliação psicológica.

De forma semelhante à entrevista psicológica, a observação também pode ser realizada de forma mais ou menos estruturada, considerando a necessidade da demanda e os objetivos da avaliação. O(a) psicólogo(a) pode utilizar um roteiro flexível em relação ao que deve ser observado ou fazer uso de método mais estruturado, a exemplo de casos onde o profissional necessita preencher um determinado protocolo, conforme o avaliado vai respondendo.

Nunes, Lourenço e Teixeira (2017) alertam para a necessidade do avaliador estar atento ao comportamento não verbal desde o início do processo, observando a forma como o avaliado se apresenta, o cumprimenta, mantém ou não contato visual, se movimenta muito ou pouco, etc. Especificamente, no que concerne à aplicação dos testes psicológicos, o avaliador deve observar como o avaliado reage e responde à administração dos instrumentos; se é colaborador, se fala muito durante a execução das tarefas, se fica irritado se verbaliza que sabe tudo ou faz tudo errado, dentre outros comportamentos.

Realizar a observação do comportamento do avaliado consiste em estar atento para todo o comportamento não-verbal, comportamento este que, frequentemente, o indivíduo nem tem consciência de que o apresenta. O uso dessa técnica durante todo o processo de avaliação psicológica pode revelar elementos emocionais do avaliado através do comportamento motor, da presença de choro, risadas ou rubor. É indispensável ainda, considerar as características da voz, seu timbre, velocidade, interrupções ou tremores, enquanto o indivíduo se comunica, seja na etapa de entrevista ou mesmo na aplicação de algum instrumento psicológico (MACKINNON; MICHELS; BUCKLEY, 2008).

### **Avaliação Psicológica em diferentes contextos**

A avaliação psicológica é uma área complexa e que apresenta interfaces e aplicações em todas as áreas da psicologia. Deste modo, será apresentada a seguir, uma breve definição de alguns dos principais contextos de atuação da avaliação psicológica na atualidade.

### ✓ Contexto Clínico

No contexto da avaliação psicológica são utilizadas diferentes nomenclaturas para se referir ao processo avaliativo. Destarte, Alchieri e Cruz (2014) afirmam que “Psicodiagnóstico” tem sido o termo associado ao trabalho de avaliação psicológica realizado em situações de atendimento clínico. Trata-se de uma atividade com início e fim previstos a curto e médio prazo, e que tem por finalidade realizar diagnóstico psicológicos e encaminhamentos específicos para processos terapêuticos.

O psicodiagnóstico se propõe a avaliar questões de âmbito cognitivo, social, emocional, familiar, psicopatologias, a depender da demanda solicitada. Consiste em um processo realizado com o uso de testes e técnicas psicológicos em nível individual ou não, seja para compreender problemas à luz de pressupostos teóricos, identificar e avaliar aspectos específicos, seja para classificar o caso e prever seu curso possível, comunicando os resultados, na base dos quais são propostas soluções, se for o caso (CUNHA, 2007).

Krug, Treintini e Bandeira (2016) compreendem que o psicodiagnóstico é um procedimento científico de investigação e intervenção clínica, limitado no tempo, que emprega técnicas e/ou testes com o propósito de avaliar uma ou mais características psicológicas. Visa um diagnóstico psicológico (descritivo e/ou dinâmico), construído à luz de uma orientação teórica que subsidia a compreensão da situação avaliada, gerando uma ou mais indicações terapêuticas e encaminhamentos.

### ✓ Contexto Organizacional

A avaliação psicológica no contexto organizacional e do trabalho tem uma longa tradição na ciência psicológica e desempenha um importante papel, contribuindo positivamente para o bom funcionamento institucional. É considerado um dos procedimentos mais requisitados ao psicólogo, configurando-se como um importante recurso nos processos de seleção de pessoal, de orientação de carreiras, de desenvolvimento de pessoas e de acompanhamento da saúde do trabalhador (TAKEI, 2019).

Embora o processo avaliativo nas organizações possa ser realizado em todas as situações supracitadas, Melo (2014) afirma que os psicólogos e pesquisadores tem privilegiado a aplicação e a investigação das medidas psicológicas usadas em seleção de pessoal. Desta forma, apresenta-se uma descrição mais detalhada sobre essa atividade. Para fins de seleção, a avaliação psicológica é definida como um processo sistemático,

de levantamento e síntese de informações, com base em procedimentos científicos que permitem identificar aspectos psicológicos do(a) candidato(a) compatíveis com o desempenho das atividades e profissiografia do cargo (CFP, 2016).

Para a realização do processo avaliativo é essencial que o(a) psicólogo(a) conheça com clareza o perfil da empresa, bem como a descrição técnica e comportamental do cargo, além do perfil do gestor da vaga para alinhar com maior assertividade o perfil do candidato em todos os níveis requeridos. De forma resumida, Picchetto e Morona (2007) afirmam que trata-se de comparar o que o cargo requer com o que o candidato oferece.

#### ✓ Contexto Jurídico

De acordo com Rovinski (2017), as demandas de avaliação psicológica no contexto jurídico brasileiro são diversas, tanto na área cível quanto criminal, e envolvem situações complexas, que na maioria das vezes tratam de dilemas éticos relevantes que envolvem noções de liberdade e autonomia, com consequente intervenção do Estado.

O(a) psicólogo(a) avaliador(a) pode atuar em diversos subcontextos, a saber: direito de família, juizado da infância e da juventude, direito civil, penal e do trabalho. Os objetivos e instrumentos da avaliação variam de acordo com cada caso, podendo realizar avaliações para determinar a culpabilidade do acusado no momento do crime; para discernir se o sujeito está pleno para exercer suas responsabilidades civis; avaliações psicológicas em disputas de guarda ou adoção com intuito de avaliar os genitores, as crianças e suas relações (COSTA et al, 2015; DOURADO; SILVA, 2016)

A avaliação psicológica no contexto jurídico, apesar de apresentar algumas semelhanças, difere do processo de psicodiagnóstico clínico. Um aspecto importante refere-se ao foco da avaliação, pois ainda que em ambos os casos seja buscada a compreensão do estado mental do sujeito avaliado, na avaliação forense o foco dirige-se a eventos que são definidos de forma mais restrita ou a interações de natureza não clínica decorrentes da demanda judicial. Na avaliação clínica, por sua vez, o objetivo prioritário é o diagnóstico e a compreensão do mundo interno do paciente (ROVINSKI, 2007).

#### ✓ Contexto do Trânsito

De acordo com a atual Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2019), a avaliação psicológica de candidatos à Carteira Nacional de Habilitação e

condutores de veículos automotores é realizada nos padrões de uma avaliação psicológica pericial/perícia psicológica, uma vez que se destina a responder demanda legal específica. Os candidatos devem ser avaliados quanto aos aspectos cognitivos (atenção concentrada, atenção dividida, atenção alternada, memória visual e inteligência), quanto ao juízo crítico/comportamento (reações/decisões no trânsito), quanto aos traços de personalidade (impulsividade, agressividade e ansiedade).

Embora em alguns órgãos de trânsito esse processo seja reduzido apenas a realização da etapa de testagem, a legislação vigente determina que na perícia psicológica realizada no contexto do trânsito, a entrevista tem caráter individual e obrigatório. A entrevista psicológica é uma conversação dirigida a um propósito definido, cuja função básica é prover o avaliador de subsídios técnicos acerca da conduta, comportamentos, conceitos, valores e opiniões do candidato (CFP, 2019).

A realização da perícia psicológica no contexto do trânsito tem como objetivo primordial a segurança no trânsito e a prevenção de acidentes, identificando, portanto, quem está apto para a aquisição da Carteira Nacional de Habilitação. Dessa maneira, o(a) psicólogo(a) atua de forma preventiva e preditiva no processo de Avaliação Psicológica, buscando interferir para que os motoristas, e demais pessoas envolvidas no contexto do trânsito, não se exponham a situações de perigo.

#### ✓ Contexto Educacional

Segundo Mäder (2016), a avaliação psicológica no contexto educacional apresenta dois focos principais: o psicopedagógico e o de avaliação preliminar. O primeiro visa compreender o funcionamento do processo de aprendizagem, identificando a potencialidade dos processos cognitivos e os possíveis obstáculos que podem interferir no desenvolvimento da capacidade de aquisição de novos conhecimentos. Já o segundo não se constitui em uma avaliação propriamente dita, mas numa observação sistemática feita pelo psicólogo escolar de questões mais genéricas, com fins de encaminhamento do estudante para uma avaliação clínica mais específica (BOTTURE, 2016).

Geralmente, a avaliação psicológica em contexto educacional tem como foco a identificação de questões cognitivas: atrasos no desenvolvimento, dificuldades ou transtornos de aprendizagem ou mesmo a identificação de superdotação. Em alguns casos também são identificadas questões emocionais ou relacionais, que podem interferir direta ou indiretamente no processo de aprendizagem e no desempenho escolar

do estudante, por isso o uso de instrumentos nem sempre se restringe ao âmbito cognitivo (TAKEI, 2019).

É necessário destacar que, apesar de apresentarem demandas oriundas do contexto escolar, normalmente o processo avaliativo é realizado em contexto clínico. O (A) psicólogo(a) escolar apenas identifica a demanda e encaminha o caso a um profissional que não esteja diretamente envolvido com o cotidiano da escola. O mesmo ocorre no caso de orientações vocacionais, onde o profissional inserido no contexto escolar identifica a dificuldade do adolescente em escolher a futura profissão, e diante da necessidade encaminha para avaliação que será realizada também em contexto clínico.

#### ✓ Porte de Armas

De acordo com a Resolução 18/2008 do Conselho Federal de Psicologia, a avaliação psicológica para concessão de registro e/ou porte de arma de fogo é de competência privativa e responsabilidade pessoal de psicólogos que atendam às exigências administrativas dos órgãos públicos responsáveis. Para atuar nessa área o(a) psicólogo(a) precisa estar inscrito(a) no Conselho Regional de Psicologia de sua região e ser credenciado(a) pela Polícia Federal. O objetivo dessa avaliação consiste em investigar o perfil psicológico dos candidatos, identificando padrões de agressividade, impulsividade, domínio e equilíbrio emocional. Esse processo pretende, além de prever o risco de sofrer ou produzir conflitos ou acidentes, identificar as dimensões psicológicas relevantes para um manejo adequado do porte e manuseio do armamento (CFP, 2008).

A instrução normativa nº 78 (POLÍCIA FEDERAL, 2014) estabelece uma bateria mínima de testes na aferição das características de personalidade e habilidades específicas dos usuários de arma de fogo, a saber: um teste projetivo, um expressivo, um de memória, um de atenção difusa e concentrada, além da entrevista semiestruturada. Não determina os instrumentos a serem utilizados, porém define as áreas essenciais a serem avaliadas como: personalidade, memória, atenção e contexto sócio-histórico, possibilitando que o psicólogo escolha as técnicas que tem maior capacitação e experiência (RESENDE, 2019).

#### ✓ Contexto cirúrgico

Nos últimos anos, outras demandas têm surgido para a avaliação psicológica, especialmente no que se refere aos procedimentos cirúrgicos. Cirurgias bariátricas, redesignação sexual (transgenitalização); laqueadura e vasectomia são alguns desses exemplos. Em cada caso, o profissional deve avaliar as condições psíquicas do paciente em lidar com o procedimento médico, sua estrutura psíquica para lidar com as consequências e pós-operatório que, muitas vezes, pode exigir um novo estilo de vida, resiliência do paciente em dimensões afetiva, social, econômica e pessoal (CAPITÃO *et al.*, 2005).

Para Kohlsdorf (2012), nesse cenário o psicólogo atua com psicoeducação, objetivando orientar, esclarecer, desmitificar sobre a situação do paciente, o procedimento a ser submetido e o pós-operatório. Desta forma, requer adequado conhecimento acerca da fisiologia humana, do procedimento médico a ser realizado, da compreensão dos motivos, impactos e possíveis mudanças para o sujeito.

Especificamente, no contexto da cirurgia bariátrica, a(o) psicóloga(o) atua preventivamente, a partir da solicitação médica, na identificação de problemáticas ou conflitos psicológicos que possam dificultar a recuperação do paciente, prevenindo o insucesso causado por essas variáveis (MÄDER, 2016). Flores (2014) destaca que o psicólogo deve estar atento para a ausência de uso de substâncias, bem como de quadros psicóticos ou demenciais. Devem ainda se certificar de que o paciente possui nível intelectual e cognitivo de compreensão acerca dos riscos da cirurgia e dos cuidados inerentes a esse procedimento no período do pós-operatório imediato e em longo prazo.

Já em relação à cirurgia de redesignação sexual, a Resolução nº 1955/2010 (CFM, 2010) estabelece que a seleção de pacientes para esse tipo de cirurgia obedecerá à avaliação de equipe multidisciplinar, constituída por diversos profissionais, entre eles a(o) Psicóloga(o), e que deverá haver pelo menos dois anos de acompanhamento por parte dessa equipe para o preparo do candidato à cirurgia. A respeito da previsão da Avaliação Psicológica para vasectomia e laqueadura, a Lei do Planejamento Familiar nº 9263/1996 (BRASIL, 1996) afirma que é obrigação do governo disponibilizar orientações e métodos anticoncepcionais para os cidadãos, prevendo a possibilidade de esterilização de homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade, com dois filhos vivos. Assim, alguns hospitais e serviços médicos particulares solicitam a Avaliação Psicológica prévia desses sujeitos, especialmente para verificar a adequada e correta decisão do interessado.

## **A finalização do processo de avaliação psicológica**

Ao término do processo avaliativo, o profissional psicólogo fica imbuído de duas atividades indispensáveis e, de certa forma, interdependentes: a realização da entrevista devolutiva e a entrega do documento psicológico decorrente da avaliação. A entrevista devolutiva pode ser empregada em diferentes contextos, e assim sendo, apresenta características diferenciadas, considerando-se as especificidades da demanda.

No contexto do psicodiagnóstico, a entrevista devolutiva tem por finalidade comunicar ao indivíduo o resultado da sua avaliação, com ênfase em seu diagnóstico e encaminhamentos. Já no contexto dos processos de seleção de pessoal é importante que os candidatos saibam quais resultados obtiveram, especialmente nos casos de não estarem aptos para o preenchimento da vaga. Independente do contexto, o principal objetivo da entrevista devolutiva é auxiliar a pessoa avaliada na compreensão dos seus resultados, e para tanto, é possível utilizar diferentes estratégias que transcendem apenas a comunicação dos dados. Considerando o propósito da entrevista devolutiva pode ser necessário mais de um encontro, solicitar a presença do grupo de apoio do entrevistado, ou até providenciar o encaminhamento para atendimento psicoterápico ou para outros profissionais da saúde, se necessário (SANTOS, 2014).

Além da realização da entrevista devolutiva, o(a) psicólogo(a) deve elaborar um documento conclusivo acerca do processo avaliativo. Nesse contexto, o Conselho Federal de Psicologia, no uso das suas atribuições legais e regimentais, publicou a Resolução CFP 06/2019, que institui as regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no seu exercício profissional. A finalidade dessa legislação é orientar a(o) psicóloga(o), fornecendo os subsídios éticos e técnicos necessários para a produção qualificada da comunicação escrita.

Conforme a referida legislação, existem cinco tipos de documentos que o profissional psicólogo pode ser solicitado a elaborar. São eles: (1) Declaração; (2) Atestado Psicológico; (3) Relatório (psicológico ou multiprofissional); (4) Laudo Psicológico; e (5) Parecer Psicológico (CFP, 2019). Após a realização do processo de avaliação psicológica, os psicólogos mais comumente têm elaborado atestados ou laudos psicológicos, dependendo da solicitação da demanda.

O atestado psicólogo é um documento que certifica, com base em um diagnóstico psicológico, uma determinada situação, estado ou funcionamento psicológico. Presta-se também a comunicar o diagnóstico de condições mentais que

incapacitem a pessoa atendida, com a finalidade de: justificar faltas e impedimentos; justificar estar apto ou não para atividades específicas (manusear arma de fogo, dirigir veículo motorizado no trânsito, assumir cargo público ou privado, entre outros); solicitar afastamento e/ou dispensa, subsidiada na afirmação atestada do fato. Quanto a estrutura, o CFP determina que as informações sejam registradas em texto corrido, separadas apenas pela pontuação, sem parágrafos, evitando, com isso, riscos de adulteração. Deve conter o nome da pessoa ou instituição atendida; o nome do solicitante; a finalidade, bem como descrição das condições psicológicas do beneficiário do processo de avaliação psicológica realizado (CFP, 2019).

O laudo psicológico, por sua vez, representa o resultado de um processo de avaliação psicológica e tem como finalidade subsidiar decisões relacionadas ao contexto em que surgiu a demanda. Esse documento deve apresentar informações técnicas e científicas dos fenômenos psicológicos, considerando os condicionantes históricos e sociais da pessoa, grupo ou instituição atendida. No que concerne a sua estrutura, o laudo psicológico deve elaborado considerando-se seis itens: Identificação, Descrição da Demanda, Procedimento, Análise, Conclusão e Referências (CFP, 2019).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo primordial desse capítulo consistiu em apresentar os múltiplos contextos da avaliação psicológica, ressaltando as semelhanças e, sobretudo as especificidades oriundas de cada demanda. Não se teve a pretensão de alcançar todos os campos de atuação nem tão pouco aprofundar os aspectos teórico-práticos da atuação do psicólogo avaliador. Diante de sua complexidade e importância, almejou-se apenas apresentar um panorama geral da avaliação psicológica, enquanto prática exclusiva da ciência psicológica, mas que subsidia o trabalho de outros profissionais de diferentes áreas.

Percebe-se, portanto, que se trata de um processo amplo e complexo que depende da junção e interpretação de informações oriundas de diversos métodos e técnicas psicológicas. Não existe um modelo único e padronizado a ser utilizado, ficando para o profissional a responsabilidade da escolha dos instrumentos a serem utilizados, desde que estes estejam fundamentados na literatura científica e nas normativas do Conselho Federal de Psicologia. Exige planejamento prévio e cuidadoso, considerando a demanda e os objetivos de cada contexto, sendo indispensável que a

avaliação psicológica seja compreendida como um processo, aliando conceitos às técnicas utilizadas.

A importância da avaliação psicológica é inquestionável, uma vez que é considerada uma área de formação básica em Psicologia, que está relacionada a um conjunto de habilidades que o profissional deve adquirir ao longo de sua formação, independentemente do seu futuro campo de atuação profissional. Logo, constata-se que o ensino de avaliação psicológica não pode se restringir ao ensino de testes e técnicas psicológicas, de forma isolada e descontextualizada. De maneira oposta, a formação do acadêmico de psicologia deve proporcionar-lhe experiências teórico-práticas em diferentes áreas de atuação do(a) psicólogo(a) afim de proporcionar o desenvolvimento de habilidades e competências para uma atuação ética.

#### Questões Norteadoras:

1. Para realizar um processo de avaliação psicológica, quais métodos e técnicas o(a) psicólogo(a) pode utilizar?
2. Qual a diferença entre avaliação psicológica e teste psicológico?
3. Descreva os principais campos de atuação da avaliação psicológica, enfatizando as semelhanças e divergências do processo realizado nesses diferentes contextos.

### **REFERÊNCIAS**

ALCHIERI, J. C.; CRUZ, R. M.. **Avaliação Psicológica: conceito, métodos e instrumentos**. 5.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

ANDRADE, J.M.; SALES, H.F.. A diferenciação entre avaliação psicológica e testagem psicológica: questões emergentes. In: LINS, M.R.C.; BORSA, J.C. (Orgs). **Avaliação Psicológica: aspectos teóricos e práticos**. Petrópolis: Vozes, 2017, p.9-22.

BANDEIRA, D.R. et al. Considerações sobre as técnicas projetivas no contexto atual. In: NORONHA, A.P.P.; SANTOS, A.A.A.; SISTO, F.F. (Orgs). **Facetas do fazer em avaliação psicológica**. São Paulo: Vetor, 2006, p.125-139.

BOTTURE, P. M. Avaliação Psicológica em diferentes campos de atuação. In: Mäder. B. J. (Org.) **Caderno de avaliação psicológica: dimensões, campos de atuação e atenção**. Curitiba: CRP-PR, 2016.

BRASIL. Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Diário Oficial da União, 5 set. 1962.

BRASIL, Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

CAPITAO, Cláudio Garcia et al. .A importância da avaliação psicológica na saúde. **Avaliação Psicológica**, [online], v.4, n.1, p. 75-82, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA – CFM. **Resolução nº 1955, 3 de setembro de 2010**. Dispõe sobre a cirurgia de transgenitalismo e revoga a Resolução CFM nº 1.652/02. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Resolução nº 1, de 7 de fevereiro de 2019**. Institui normas e procedimentos para a perícia psicológica no contexto do trânsito e revoga as Resoluções CFP nº 007/2009 e 009/2011. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Resolução nº 9, de 25 de abril de 2018**. Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos – SATEPSI e revoga as Resoluções nº 002/2003, nº 006/2004 e nº 005/2012 e Notas Técnicas nº 01/2017 e 02/2017. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2018.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Resolução nº 002, de 21 de janeiro de 2016**. Regulamenta a Avaliação Psicológica em Concurso Público e processos seletivos de natureza pública e privada e revoga a Resolução CFP Nº 001/2002. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2016.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Cartilha Avaliação Psicológica – 2013**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. **Resolução nº 05, de 8 de março de 2012**. Altera a Resolução CFP nº 002/2003, que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 18, de 09 de dezembro de 2008**. Dispõe acerca do trabalho do psicólogo na avaliação psicológica para concessão de registro e/ou porte de arma de fogo. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2008.

COSTA, J.K.N. et al. Avaliação psicológica no contexto das instituições de justiça. **Ciências humanas e sociais**. Maceió, v. 3, n.1, 2015.

CUNHA, J. A. **Psicodiagnóstico-V**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DENSCOMBE, M. The good research guide for small scale social research projects. Berkshire, Eng.: Open University Press, 2003.

DOURADO, L.F.M.; SILVA, R.S. Avaliação psicológica e contextos de atuação: possibilidades na relação teoria e prática. **Revista Diálogos Acadêmicos**, Fortaleza, v. 5, n. 1, p. 36-45, jan./jun. 2016.

ERTHAL, T.C. **Manual de Psicometria**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

FLORES, C.A. Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais. **ABCD Arq Bras Cir Dig**, v. 27, (Suplemento 1), p. 59-62.

HUTZ, C. S. Questões éticas na avaliação psicológica. In: HUTZ, C. S.; BANDEIRA, D. R.; TRENTINI, C. M. (Orgs.). **Psicometria**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2015, p. 165-173.

KOHLSDORF, M. A avaliação psicológica de candidatos à transplantes renal intervivos. **Psicologia Argumento**. Curitiba, v. 30, n.69, p. 337-346, abr/jun, 2012.

KRUG, J.S.; TRENTINI, C.M.; BANDEIRA, D.R. Conceituação de psicodiagnóstico na atualidade. In: HUTZ, C.S. *et al.* (Orgs.). **Psicodiagnóstico**. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MÄDER, B. J. **Caderno de avaliação psicológica: dimensões, campos de atuação e atenção**. Curitiba: CRP- PR, 2016.

MACKINNON, R.A.; MICHELS, R.M; BUCKLEY, P.J. A entrevista psiquiátrica na prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2008.

MELO, M.R.A. **Avaliação Psicológica: evolução e atualidade**. Curitiba: CRV, 2014.

NUNES, M.L.T.; LOURENÇO, L.J.; TEIXEIRA, R.C.P. Avaliação Psicológica: o papel da observação e da entrevista. In: LINS, M.R.C.; BORSA, J.C. (Orgs.). **Avaliação Psicológica: aspectos teóricos e práticos**. Petrópolis: Vozes, 2017, p.23-37.

PICHETTO, A.M.; MORONA, V.C. **Manual de avaliação psicológica**. Curitiba: Unificado, 2007.

PINTO, E.R. Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. **Ágora**, v.17, n.1, p. 135-153, 2014.

POLÍCIA FEDERAL. **Instrução normativa nº 78, de 10 de fevereiro de 2014**. Estabelece procedimentos para o credenciamento, fiscalização da aplicação e correção dos exames psicológicos realizados por psicólogos credenciados, responsáveis pela expedição do laudo que ateste a aptidão psicológica para o manuseio de arma de fogo e para exercer a profissão de vigilante. Brasília, DF:DG/DPF, 2014.

PRIMI, R. Avaliação Psicológica no século XXI: de onde viemos e para onde vamos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. esp., p. 87-97, 2018.

RESENDE, M. Desafios da Avaliação Psicológica para Porte de Arma de Fogo. **Psicologia & Conexões**, v.119, n.5, 2019.

REPPOLD, C.T.; NORONHA, A.P.P. Impacto dos 15 Anos do Satepsi na Avaliação Psicológica Brasileira. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 38, n. esp., p.6-15, 2018.

ROVINSKI, S. L. R. Avaliação Psicológica no contexto legal. In: LINS, M.R.C.; BORSA, J.C. (Orgs). **Avaliação Psicológica: aspectos teóricos e práticos**. Petrópolis: Vozes, 2017, p.414-22.

ROVINSKI, S. L. R. ROVINSKI, S. L. R. A avaliação psicológica no contexto forense. In ALCHIERI, J. C. **Avaliação Psicológica: Perspectivas e contextos**. São Paulo: Vetor, 2007.

SANTOS, S.G. A entrevista em Avaliação Psicológica. **Revista online IPOG**. Goiânia – Edição Especial, v.1, n. 8, p. 1-15, set 2014.

SERAFINI, A.J.; BUDZYN, C.S.; FONSECA, T.L.R. Tipos de testes: características e aplicabilidade. In: LINS, M.R.C.; BORSA, J.C. (Orgs). **Avaliação Psicológica: aspectos teóricos e práticos**. Petrópolis: Vozes, 2017, p.56-75.

URBINA, S. **Fundamentos da Testagem Psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

TAKEI, R.F. (Coord.). **Avaliação Psicológica**. Coleção Manuais da Psicologia. Salvador: Sanar, 2019.

## 6 Caminhada neurológica do saber

Antônio Augusto Albuquerque Vaz, Danilo Andrade de Menezes

### Introdução

A tarefa de educar dentro da modernidade tem exigido de seus educadores cada vez mais esforços para atender a demanda que lhe é proposta, desde uma boa preparação teórica, ou seja, sua formação, até a incessante busca de atualização profissional e dedicação ao seu respectivo trabalho. Por conseguinte, este artigo demonstra como o progresso neurocientífico tem contribuído para o entendimento do cérebro como base formadora do comportamento humano, elucidando os alicerces biológicos da conduta humana. Ademais, pretende apresentar os principais métodos de pesquisa de neuroeducação e evidenciar a importância da sua aplicação com o intuito de

dirimir as deficiências da pesquisa convencional já que o ritmo do progresso científico se mostra vertiginosamente acelerado e, nessa corrida, muitos não o conseguem acompanhar. Será ainda apresentada uma introdução à neurociência, com um breve apanhado da evolução histórica do seu estudo, bem como uma introdução à anatomia desse sistema, seu funcionamento.

A Neuroeducação tem se destacado como uma nova área do conhecimento humano que abrange a integração entre a neurociência e a educação ajudando o ser humano a modificar estruturas funcionais limitantes na aprendizagem e aperfeiçoar as operações das matrizes de inteligência através do seu mapeamento cerebral, possibilitando a expressão máxima da sua potencialidade.

## **Desenvolvimento**

### **A neurociência**

A neurociência é definida por Lent (2017, p. 3) como “o conjunto das disciplinas que estudam, pelos mais variados métodos, o sistema nervoso e as relações entre as funções cerebrais e mentais.” Similarmente, o *Merriam-Webster Medical Dictionary* (2013) a conceitua (*neuroscience*) da seguinte maneira: “Um conjunto de ciências que lidam com a anatomia, fisiologia, bioquímica ou biologia molecular dos nervos ou tecidos nervosos e especialmente de sua relação com o comportamento e o aprendizado.” (tradução nossa) Trata-se, portanto, de uma ciência que estuda o cérebro e o sistema nervoso, com o intuito de compreender a mente e o comportamento humano.

Como avalia o *Smithsonian National Museum of Natural History* (2013), desde o surgimento do planeta Terra, fósseis e evidências genéticas demonstram que se levou cerca de quatro bilhões e meio de anos para que surgisse o ser humano anatomicamente moderno: o *homo sapiens* (há cerca de 200 mil anos). E o potencial dessa espécie, conforme explica Lent (2017), muito se deve ao seu cérebro – esse órgão esponjoso com 1,3 kg de tecido que, segundo a *Society for Neuroscience* (2013), é a estrutura viva mais complexa que se conhece no universo. Isso se deve, sobretudo, ao seu tamanho, em relação à quantidade de neurônios que possui. Azevedo e colaboradores (2009), em uma pesquisa no Brasil, encontraram uma média de 86 bilhões de células neuronais ali

presentes, que permitem a troca de informações entre o nosso sistema nervoso e o restante do corpo.

O *homo sapiens* possui altos níveis de pensamento, que, como explica MacIntyre (2015), nos tornam “pessoa”. Essas capacidades mentais são a sapiência, a autoconsciência e a racionalidade. Ademais, pode-se citar ainda a cognição, que inclui funções mentais como a resolução de problemas, a linguagem e o raciocínio abstrato que levam ao aprendizado.

De acordo com Sternberg (2015), sapiência é a capacidade humana de julgar alternativas para agir com prudência. Esse substantivo é, como aponta o dicionário Michaelis (2013), derivado do latim *sapientia*. O termo foi utilizado pelo pai da taxonomia, Carlos Lineu (*apud* Blunt, 2004, p. 8), para nomear a espécie humana: *Homo sapiens* (em tradução livre: homem sábio).

Para Kant (*apud* Aulete, 2013), autoconsciência é a “consciência do eu como agente do pensamento e do conhecimento da realidade.” Lent (2017) elucida que a consciência é a cognição de um indivíduo sobre a sua própria atividade psíquica, sendo ele capaz de pensar, motivar-se, atentar-se, perceber, sentir e aprender deliberadamente. Pelo Dicionário Aurélio (1986; *apud*, Lent 2017) a cognição é: ter/adquirir conhecimento.

A racionalidade, de acordo com o *Merriam Webster Dictionary*, é o estado ou a qualidade de ser racional, ou seja, ser capaz de pensar e planejar logicamente, segundo fatos. Deve-se compreender, no entanto, que as decisões e pensamentos humanos não são exclusivamente racionais, pois são formados também de componentes emocionais (também presente em outros mamíferos) e instintivos (uma herança evolutiva reptiliana). (CAMARGO, 2013)

A resolução de problemas é considerado por Goldstein e Levin (1987) como a função intelectual mais complexa dos seres humanos, já que requer um processo cognitivo de alta ordem. Robertson (2001) explana que um problema pressupõe uma meta a ser alcançada. No entanto, o caminho ou as escolhas necessárias para atingir esse objetivo não são necessariamente claras. Por isso, o homem utiliza sua capacidade cognitiva para buscar soluções aos múltiplos problemas que encontra.

A linguagem, como conceitua Houaiss (1990), é a habilidade humana de desenvolver, aprender e utilizar um sistema de comunicação. Trata-se, portanto, de uma faculdade cognitiva. O raciocínio abstrato, por sua vez, é definido por Andriola e Cavalcante (1999, p. 26) como a “[...] capacidade de resolver problemas compostos por símbolos abstratos.” Esta competência é bastante exigida, por exemplo, em problemas da física e matemática.

### **A evolução dos estudos neurocientíficos**

Veith (1993) diz que a primeira citação da palavra “cérebro” de que se tem conhecimento foi em, aproximadamente, 1700 a.C. Encontrava-se em um papiro egípcio conhecido como *Edwin Smith Surgical Papyrus*, que, como explica Ritner (*apud* Redford, 2011), trazia uma inédita abordagem científica da medicina. Mangels (2003) elucida que, a princípio, o cérebro não era considerado tão importante quanto o é nos dias de hoje. Os egípcios, por exemplo, removiam esse órgão dos mortos e os descartavam para, só então, mumificar os corpos.

Um dos primeiros debates neurocientíficos da história diz respeito à discussão sobre qual seria a localização da mente e/ou da alma humana. Conforme observa Findlen (2013), no séc. IV a.C. Aristóteles considerava, na verdade, o coração como o centro do pensamento e da inteligência. Por outro lado, Platão, seu mestre, como constata Mangels (2003), afirmava que o cérebro seria o responsável por tais faculdades. Bear, Connors e Paradiso (2002) evidenciam que Hipócrates, considerado pai da medicina, opinou também em favor do cérebro, explicando que dele provinham as emoções e os sonhos.

A partir do séc. XIII e XIX, Mangels (2003) ratifica que o principal debate entre os teóricos mudou de tema. Passou a ser entre os defensores de uma visão localizacionista, versus aqueles que tinham uma crença holística do funcionamento cerebral. A primeira surgiu a partir da pseudociência de Franz Gall, a frenologia, que, de acordo com Herculano-Houzel (*apud* Lent, 2005) entendia que seria possível definir características humanas e sua personalidade a partir do formato de sua caixa craniana. Isso porque ele dividiu o cérebro em 35 áreas com funções cognitivas distintas e específicas. Se um indivíduo fosse mais habilidoso em uma determinada atividade, a região do seu cérebro responsável por isso se desenvolveria – similarmente a um

músculo – e, com isso, o crânio apresentaria um aumento significativo especificamente nesse local.

Mangels (2003) expõe ainda que outros teóricos, ao longo do séc. XIX e XX, contribuíram com essa visão localizacionista, como Johann Spurzheim (que colaborava com Gall) e J. Hughlings Jackson. Essa teoria ganhou força a partir de estudos em pacientes com lesões cerebrais, como os realizados por Paul Broca, ao identificar que o lobo frontal esquerdo (hoje chamado de Área de Broca, em sua homenagem) seria o responsável pelo centro motor da fala.

Efetuada pesquisas semelhantes, Karl Wernicke encontrou uma área responsável pela coerência da fala (atualmente conhecida como Área de Wernicke). Gustav Fritsch, juntamente com Eduard Hitzig, também contribuíram para o fortalecimento do localizacionismo, através de pesquisas que realizavam estímulos elétricos em determinadas regiões do cérebro de sapos e cães.

É preciso compreender que “são limitadas as possibilidades de compreensão da organização estrutural do sistema nervoso, se ficarmos restritos à observação macroscópica.” (LENT, 2005, pg. 13). Por conseguinte, o ápice desse debate acerca da localização das funções cerebrais ocorreu, provavelmente, no início do séc. XX, com conceitos de comunicação neural bastante antagônicos.

Os estudos microscópicos das células do sistema nervoso contribuíram para que, em 1906, o Prêmio Nobel da Medicina fosse dividido entre Camillo Golgi e Santiago Ramón Y Cajal. Mangels (2003) evidencia que o primeiro foi responsável por desenvolver uma substância prateada que, pela primeira vez, possibilitou a visualização completa de um neurônio. Ele acreditava que o cérebro funcionava como um tecido contínuo, cujos emaranhados de neurônios compartilhavam do mesmo citoplasma. Essa visão holística era chamada de Teoria Reticular

Mangels (*op cit.*) e Herculano-Houzel (*apud Lent, 2017*) esclarecem que Cajal utilizou a substância desenvolvida por Golgi em seus estudos, no entanto, deu início à Teoria Neuronal. Essa tese evidenciava que os neurônios eram células autônomas, organizadas, que transmitiam informações em um único sentido e se comunicavam através de afastamentos chamados de sinapses. Doutrina essa reconhecida até hoje (LENT, 2017).

No decorrer do século XX, várias tecnologias da pesquisa médica e biológica surgiram e/ou se aprimoraram e permitiram uma evolução acentuada dos estudos neurocientíficos. É a chamada neurotecnologia, e conforme revelam Lynch e Laursen (2011), conduzirão à uma revolução que afetará toda a humanidade. Dentre essas novas ferramentas, Herculano-Houzel (*apud* Lent, 2017) menciona, por exemplo, a microestimulação elétrica do cérebro que permitiu o mapeamento das funções neurais do córtex.

## **O sistema nervoso**

Lent (2005) constata que a neurociência nasceu através da comunhão de diversas áreas do conhecimento que investigavam o sistema nervoso, a mente e o comportamento humano. Assencio-Ferreira (2009), destaca:

A multidisciplinaridade proporcionou o enriquecimento dos conhecimentos e do entendimento das funções nervosas relacionadas com o ensino-aprendizagem, redistribuindo as tarefas e obrigações a cada uma das diversas especialidades, aliviando o peso da obrigação de conter os conhecimentos e soluções unicamente na figura do médico, seja ele neuropediatra ou psiquiatra infantil.

Lent (2005, p. 4) organiza e classifica cinco disciplinas neurocientíficas fundamentais, as quais abrangem as muitas áreas do conhecimento e da pesquisa que formam a neurociência:

A Neurociência molecular tem como objeto de estudo as diversas moléculas de importância funcional no sistema nervoso. [...] A Neurociência celular aborda as células que formam o sistema nervoso, sua estrutura e sua função. [...] A Neurociência sistêmica considera populações de células nervosas situadas em diversas regiões do sistema nervoso, que constituem sistemas funcionais como o visual, o auditivo, o motor etc. [...] A Neurociência comportamental dedica-se a estudar as estruturas neurais que produzem comportamentos e outros fenômenos psicológicos como o sono, os comportamentos sexuais, os comportamentos emocionais etc. [...] A Neurociência cognitiva trata das capacidades mentais mais complexas, geralmente típicas do homem, como a linguagem, a autoconsciência, a memória etc.

Todas essas disciplinas, como se observa, devem se complementar para que se possa entender o cérebro e a mente. É por isso que neste trabalho se caminhará por essas neurociências. Fato que, inclusive, reforça o caráter multidisciplinar da área.

Como explana Lent (2005), anatomicamente<sup>4</sup> o sistema nervoso divide-se em: sistema nervoso central (SNC) e sistema nervoso periférico (SNP). O primeiro é

---

<sup>4</sup> A anatomia, do ponto de vista médico, é o estudo da organização estrutural do corpo humano.

formado pelo encéfalo (a porção desse sistema que se encontra no interior da caixa craniana) e medula espinhal (a porção que segue pela coluna vertebral) e contém a maior parte das células nervosas com seus contatos e prolongamentos. Já o SNP é composto, principalmente, por alongamentos chamados de fibras nervosas, que se agrupam em filetes compridos chamados de nervos (compostos por tecido conjuntivo) e se localizam no restante do corpo humano.

Do ponto de vista citológico<sup>5</sup>, o sistema nervoso possui dois tipos celulares predominantes, como relata Lent (2005, *op cit.*): o neurônio e a neuroglia. O primeiro é o responsável pela geração e transmissão de dados pelo sistema nervoso. A segunda (neuroglia) é o conjunto de células não-neuronais conhecidas como gliócitos. Essas, no sistema nervoso, servem de infraestrutura, com a função de nutrir, permitir a sustentação mecânica, controlar o metabolismo dos neurônios, ajudar a construir o tecido nervoso durante o desenvolvimento e, até mesmo, funcionar como células imunitárias nesse sistema.

### **O sistema nervoso central**

O sistema nervoso central (SNC) é aquele que coordena as atividades e integra as informações recebidas por todas as partes do corpo. Como visto, SNC é formado pelo encéfalo e pela medula espinhal. A medula possui uma forma tubular/cilíndrica, no centro da qual existe um canal cheio de líquido. Já o encéfalo possui uma composição irregular, o que permite a sua subdivisão em:

- Cérebro: Trata-se do órgão mais importante do sistema nervoso e talvez do ser humano. Kandel (2013) afirma que ele é a origem de todas as funções mentais. É o responsável por receber as informações de todo o corpo, armazená-las e processá-las. Nicolelis (2013) diz que tudo que o ser humano conquistou, conquista ou conquistará nasce no cérebro. Isso porque esse órgão realiza o controle centralizado dos nossos órgãos e do nosso sofisticado comportamento.
  - Telencéfalo:
    - Córtex cerebral: uma superfície enrugada com muitos sulcos, giros e camadas paralelas de células. É responsável por

---

<sup>5</sup> Citologia, ou biologia celular, é a área do conhecimento que põe em foco as células, analisando suas arquiteturas e funções.

funções neurais e psíquicas mais complexas. Divide-se em lobos (frontal, parietal, occipital, temporal e insular). Segundo Azevedo e colaboradores (2009), concentra 82% da massa encefálica (1250g) com cerca de 61 bilhões de gliócitos, mas apenas 16% do número total de neurônios (16 bilhões).

- Núcleos da base: Está normalmente no interior dos hemisférios. Possui composição similar à do córtex, mas com aglomerados de células organizados de formas diversas.
- Diencefalo: encontra-se no interior dos hemisférios e é invisível ao exame superficial.
- Cerebelo: considerado um "mini" cérebro. Pesa apenas 150g, porém concentra mais células que o córtex cerebral (85 bilhões), sendo que 69 bilhões são neurônios (80% do total do encéfalo).
  - Córtex cerebelar: os giros são chamados de "folhas" e os sulcos de "fissuras".
  - Núcleos profundos: Assim como o núcleo cerebral, estão no interior dos hemisférios e não são visíveis ao exame de superfície.
- Tronco encefálico: Basicamente liga o diencefalo à medula espinhal.
  - Mesencefalo: a parte mais rostral, encontra-se com o diencefalo, no centro do cérebro.
  - Ponte: estrutura intermediária.
  - Bulbo: parte caudal que se prolonga com a medula espinhal.

O SNC é envolto por um colchão líquido, delimitado externamente por membranas conhecidas como meninges. Esse fluido, no qual o encéfalo praticamente flutua, é chamado de líquido cefalorraquidiano, ou líquor, e serve para proteger mecanicamente, nutrir e manter o ótimo meio bioquímico, necessário para o bom funcionamento do SNC.

Os órgãos desse sistema possuem regiões mais claras e outras mais escuras, que foram classificadas, respectivamente, de substância/matéria branca e substância/matéria cinzenta (ou massa cinzenta, como também é nomeada popularmente). A primeira possui maior concentração de fibras nervosas e um envoltório gorduroso (a mielina) que confere a cor esbranquiçada. Já a matéria cinzenta possui maior quantidade de células

nervosas e menor número de envoltório gorduroso. Vale destacar que “no córtex cerebral e no córtex cerebelar, a substância cinzenta é externa e a substância branca é interna. Em outras regiões ocorre o oposto: a substância cinzenta é interna em relação à substância branca.” (LENT, 2005, p. 12)

### **O sistema nervoso periférico**

Partindo da premissa que o SNC compreende os componentes desse sistema presentes no encéfalo e na medula espinhal, o sistema nervoso periférico (SNP), por sua vez, é a porção que se encontra espalhada nas demais áreas do corpo. Ele é formado, essencialmente, por nervos e gânglios.

Os nervos são longos filamentos fibrosos que interligam os órgãos ao SNC, intercambiando informações (que podem ser sensitivas, motoras, somáticas ou viscerais) através de impulsos nervosos. Na realidade, essas fibras nervosas são prolongamentos de neurônios cujos corpos celulares se encontram no interior do SNC, ou adjacentes à medula/encéfalo (nos gânglios). Quanto à procedência, existem dois tipos: Quando originados na medula espinhal, são chamados de nervos espinhais – alternativamente, Araguaia (2013) batiza estes como nervos raquidianos. Já os nervos cranianos são aqueles que partem do interior da caixa craniana.

Morfologicamente, Lent (2017) constata que os nervos, normalmente, são tão menos calibrosos quanto mais distantes se encontram do SNC. É preciso entender que um nervo é composto por inúmeras fibras nervosas agrupadas em paralelo. E no decorrer de seu trajeto, elas vão se separando. Quando estão próximas de suas extremidades, as fibras inervam para atingir áreas microscópicas específicas. “Inervar significa ramificar-se profusamente em um território do corpo”. (LENT, 2005, p. 7)

Outro componente importante do SNP são os gânglios – agrupamentos de células nervosas adjacentes às raízes dos nervos. Portanto, são encontrados próximos do SNC, ou até mesmo no interior das paredes das vísceras<sup>6</sup>. Os gânglios servem de referência para a nomenclatura de células neuronais: “chamamos os neurônios centrais (e seus axônios) de pré-ganglionares, e os periféricos de pós-ganglionares.” (LENT, 2005, pg. 455-456) Os neurônios centrais (pré-ganglionares) são aqueles cuja soma precede o gânglio, e os axônios destes emergem por raízes e formam pontos de contato

---

<sup>6</sup> De acordo com o Dicionário Online Michaelis (2013), “víscera: sf (lat viscera) Designação genérica de qualquer órgão alojado em uma das três cavidades: a craniana, a torácica e a abdominal.”

(sinapses) com neurônios pós-ganglionares. Os axônios pós-ganglionares, por sua vez, incorporam-se aos nervos periféricos e percorrem o organismo para inervar os órgãos-alvo. Partindo da premissa que o SNC compreende os componentes desse sistema presentes no encéfalo e na medula espinhal, o sistema nervoso periférico (SNP), por sua vez, é a porção que se encontra espalhada nas demais áreas do corpo. Ele é formado, essencialmente, por nervos e gânglios.

### **Neurônios**

Estes são células morfologicamente adaptadas para a transmissão de informação, responsáveis por veicular sinais elétricos pelo sistema nervoso. Elas não atuam isoladamente. Operam em conjunto, formando circuitos (ou redes neurais), propagando e respondendo aos dados transmitidos pelas células vizinhas. Os neurônios possuem diversos tipos morfológicos. Um dos primeiros histologistas a identificá-los foi Santiago Ramón y Cajal (1955; *apud* Lent, 2005, p. 67). Cada qual contém uma capacidade distinta de realizar sua função específica na rede neural. Ao todo, como mencionado anteriormente, o cérebro possui cerca de 86 bilhões de neurônios.

Tais células apresentam um corpo celular conhecido como soma, que contém suas principais organelas (núcleo, mitocôndria, retículo endoplasmático, lisossomos etc.) que permitem o seu funcionamento. Deste corpo emergem os dendritos, responsáveis por receber as informações aferentes (ou seja, aquelas vindas de outras células). Estes são extensamente ramificados, justamente para permitir uma máxima superfície de contato com outros neurônios e, deste modo, ampliar a capacidade de recepção de dados.

Outra estrutura que emerge da soma é o axônio. Trata-se de um prolongamento fino que se ramifica apenas em sua extremidade (esta ramificação terminal é chamada de telodendro). Ele é responsável pela propagação das informações eferentes (aquelas vindas do próprio neurônio) e é muitas vezes revestido pela bainha de mielina, substância produzida por gliócitos e que lhe confere maior rapidez na transmissão de dados.

O ponto de contato microscópico entre as extremidades do axônio e dos dendritos é chamado de sinapse<sup>7</sup> (em alguns casos raros, a sinapse se dá entre dois axônios), que é por onde são interpretados e comunicados os sinais elétricos. Essa região é considerada um ponto de decisão, pois, na maioria das vezes, a sinapse não transmite a informação de maneira integral, seja filtrando-a, amplificando-a, ou até mesmo bloqueando-a por completo. “Essa característica transformadora é justamente a propriedade mais importante da sinapse” (LENT, 2005, p. 99). Tal fenômeno é conhecido como transmissão sináptica.

Além desse processamento realizado pela sinapse que contribui para um funcionamento dinâmico do sistema nervoso, deve-se observar que cada neurônio possui milhares de pontos de contatos. Isso significa que ele recebe informações de múltiplas sinapses. Essa atuação diversa resulta na chamada *atividade* de cada neurônio, “propriedade que lhe é específica e que difere bastante da atividade dos neurônios precedentes.” (LENT, *op cit.*).

A produção das unidades de informação em forma de sinais elétricos que se dá nas células neuronais é um fenômeno bioelétrico conhecido como impulso nervoso (ou potencial de ação). Segundo Lent (2005), o reconhecimento desta como sendo a principal propriedade dos neurônios é uma unanimidade na comunidade científica. Para entendê-los, pode-se fazer uma analogia a outros tipos de códigos, como o alfabeto. Pois, assim como letras codificam uma palavra (ou até uma frase inteira), o impulso nervoso codifica uma função neural – como a percepção da tonalidade sonora, ou um comportamento de medo, angústia, ou uma ação motora como a de força muscular.

Saliente-se que a produção, condução e transmissão desses potenciais de ação só é possível graças à excitabilidade da membrana plasmática dos neurônios, que a partir de certos estímulos externos permite trocas de íons com o meio extracelular, que alteram, ou até mesmo invertem, a polaridade da célula. Esse impulso é então conduzido pelo axônio até os seus telodendros, para ocasionar um fenômeno semelhante na célula seguinte. Tudo isso, vale ressaltar, ocorre em milésimos de segundos, já que estudos de condução nervosa relatam que um impulso nervoso pode viajar a mais de 100 metros por segundo, como relata o *Science Museum* (2013).

---

<sup>7</sup> Vale ressaltar que a sinapse não está contida em um neurônio, é uma unidade microscópica extracelular.

## **Neuroglia**

A neuroglia é “um conjunto polivalente de células não neuronais” (LENT, 2005, p. 66) chamadas de gliócitos, ou células gliais. São menores que os neurônios e atuam coordenadamente com eles, garantindo as condições básicas para que as células neuronais possam exercer sua atividade sinalizadora. Azevedo e colaboradores (2009) foram capazes de contar cerca de 84 bilhões de células não neuronais presentes no cérebro humano, uma quantidade equivalente à de neurônios.

Gliócitos têm inúmeras funções no sistema nervoso. Por isso, os cientistas destacam duas grandes classes: macroglia (composta por astrócitos e oligodendrócitos) e microglia (formada apenas pelos microgliócitos).

Sucintamente, é preciso entender que os oligodendrócitos são os responsáveis pela produção da bainha de mielina, e seu revestimento aos axônios neuronais permite conduções de impulsos nervosos mais rápidos. Microgliócitos, segundo Lent (2009), hoje são também considerados células do sistema imunitário, por desempenharem funções similares. Finalmente, os astrócitos contribuem com a nutrição e o metabolismo neural, bem como com parte das propriedades imunológicas do SNC.

## **Funções neurais**

No sistema nervoso, há o que se chama de teoria da localização de funções. Ela explica que

"os neurônios são agrupados em grandes conjuntos com identidade funcional. Isso faz com que as diferentes funções sejam localizadas em regiões restritas. Cada região, no entanto, faz a sua parte, contribuindo para a integração funcional do conjunto." (LENT, 2005, p. 2).

Em um dado momento, emergem sentimentos, percepções, emoções e evocam-se memórias. Cada uma dessas funções é executada por uma parte do sistema nervoso, mas todas elas operam coordenadamente.

## **Toma de decisão no cérebro**

Knutson (*apud* LYNCH e LAURSEN, 2016) explica que o estudo neurológico sobre tomada de decisão só começou a surgir a partir de 2006. Recentemente, Peters e Büschel (2010) conseguiram identificar as áreas cerebrais responsáveis pelo planejamento a longo prazo em detrimento da gratificação imediata. Trata-se de um trabalho integrado do córtex cingulado anterior, com a amígdala e o hipocampo. E durante o processo os pacientes que atingiram os melhores resultados de planejamento foram os que utilizaram mais o pensamento episódico futuro que, conforme Vásquez e Cruz (2012), é aquele que projeta o *eu* em “um momento futuro para experimentar antecipadamente um evento.”

Camargo (2013) afirma que a primeira constatação neurocientífica da ocorrência de processos mentais inconscientes foi feita por Benjamin Libet. Em um experimento controlado realizado através de dados coletados com o uso do eletroencefalograma em pacientes da pesquisa, Libet (1985) observou que os impulsos nervosos gerados para se fazer uma escolha – nesse caso, ele analisou a escolha de mover uma parte do corpo – ocorrem *antes* que tenhamos consciência da mesma.

Posto assim, é verdadeiro afirmar que o cérebro é capaz de decidir inconscientemente. Matsushashi e Mallet (2008) verificaram que a consciência, nesse caso, só ocorre devido à perspectiva do evento ocorrido. É quando o ser humano se dá conta de que uma decisão já foi tomada e que o seu corpo já está agindo de acordo.

Para a neurociência, interessa estudar os fatores ditos psicológicos para o entendimento do comportamento do ser humano. A sensação e percepção, a razão, as emoções e motivações, as memórias e metáforas profundas são os principais objetos de análise. Vale lembrar que essas regiões não atuam isoladamente. O comportamento é dado a partir da soma de cada um desses processos.

### **Sensação e percepção**

Lindstrom (2009) infere que o ser humano é bombardeado com um volume de informações enorme. Contudo, apenas alguns desses dados serão registrados pela nossa percepção e poderão se firmar em nossa memória de longo-prazo. As estruturas que permitem essa captação de informações são as do sistema sensorial humano.

O sistema sensorial, como revela Lent (2017), é uma subdivisão do sistema nervoso que permite a interação dos seres com o meio ambiente. As informações coletadas por ele dão um parâmetro dos meios externo e interno ao organismo, influenciando assim, o comportamento humano. Quando o cérebro recebe, organiza e interpreta essas informações, há o que se chama de percepção. (CAMARGO, 2013).

Esse entendimento pode aprimorar ainda mais a estratégia de marketing sensorial. Principalmente porque através da neurociência tem sido possível demonstrar o valor de cada sentido no comportamento humano e, conseqüentemente, nas suas decisões.

### **Razão**

O córtex pré-frontal é a área cortical que Lent (2017) revela estar localizada na região anterior do lobo frontal e ser a responsável pelas funções executivas. Ou seja, atua no “sistema central de monitoramento das ações” (LENT, 2005, p. 215). É através dele que o ser humano planeja sua conduta em prol de um objetivo, prevendo as conseqüências do comportamento ao mesmo tempo em que se adapta aos novos contextos do ambiente. Para Camargo (2013), esta é a região responsável pela razão, e os processos mentais inconscientes são aqueles que não são registrados pelo córtex pré-frontal.

### **Instinto, emoção e motivação**

Conforme Lent (2017) e a Liga de Neurocirurgia Sistema Nervoso (2013), o sistema responsável pelo controle de comportamento motivado, emocional e instintivo do seres-humanos é chamado de sistema límbico. Ele encontra-se no interior do encéfalo e é uma subdivisão do sistema nervoso.

O instinto, como relata Camargo (2013), é um dos elementos mais negligenciados nos estudos tradicionais do comportamento do consumidor. Isso porque existe um determinismo ambiental nas ciências sociais que omite a influência dos instintos inconscientes na conduta humana. Sobre isso, Lindstrom (2009, p. 25) diz: “Como seres humanos, gostamos de nos considerar uma espécie racional.”

No entanto, várias de nossas condutas são primitivamente emocionais ou instintivas. O instinto de sobrevivência pauta muitas das nossas decisões. Sobre essa questão, Lynch e Laursen (2016, p. 85) explicam que:

[...] nosso cérebro quer que sejamos eficientes atletas guerreiros em defesa da autopreservação. Ele quer que tomemos decisões rápidas que nos tirem do perigo e nos coloquem em situações que nos mantenham vivos e o nosso DNA em circulação. [...] A evolução dotou o nosso cérebro com a capacidade de dar respostas rápidas instintivas por algumas boas razões.

Lindstrom (2009) elucida algumas escolhas feitas pelo consumidor que podem ser fruto de impulsos instintivos. A aquisição de um produto de última geração, ou com um design sofisticado, por exemplo, pode ser motivado por um desejo de atrair um parceiro e permitir, desta forma, a continuidade da sua carga genética.

A emoção, propriedade reconhecida inclusive pelos estudiosos do marketing tradicional como influenciadora do comportamento humano, tem sua explicação biológica que ajuda a entendê-la ainda mais. Do ponto de vista neurocientífico, “a emoção pode ser definida como um conjunto de reações químicas e neurais subjacentes à organização de certas respostas comportamentais básicas e necessárias à sobrevivência dos animais.” (LENT, 2017, p. 254) A emoção, como lembra Camargo (2013), pode ser negativa ou positiva, e tem suas origens no sistema límbico, que “filtra e interpreta os eventos ambientais externos.”

O ação de consumo requer uma motivação. Na realidade, há uma combinação do trabalho de dois centros: o centro da recompensa e o centro da punição. A motivação origina-se do balanço positivo entre eles. Lindstrom (2009) explica que a maioria das decisões humanas relativas ao consumo ocorrem através de um processo inconsciente e muito rápido feito por atalhos cognitivos. Estes são conhecidos como marcadores somáticos e são formados a partir das lembranças de recompensa e punição que tivemos ao longo da vida e que nos ajudam a escolher rapidamente a melhor alternativa.

### **Aprendizado e Memória**

Lent (2017) evidencia que a memória e o aprendizado são uma das principais características da cognição e também do comportamento. Ele revela que o ser humano não tem memória, e sim memórias. Isso porque o sistema nervoso utiliza inúmeros

artifícios para a sua identificação, registro e armazenamento das informações. E esse processo se dá em várias estruturas distintas.

Mas, para Camargo (2013), dentre as áreas envolvidas nesse processo, os lobos temporais possuem uma relevância especial. Isso porque permitem o armazenamento de memórias de médio e longo prazo, o aprendizado tanto por meio de imagens, quanto de textos, bem como o reconhecimento facial e de entonações sonoras.

De qualquer modo, ambos os pesquisadores reconhecem a importância da memória com um todo. Isso porque ela é definidora da personalidade humana, já que permite o registro de sua identidade e conexão com outras pessoas e o ambiente à sua volta.

### **Considerações finais**

A evolução preservou o princípio instintivo no ser humano. Isso se traduz em muitos dos seus comportamentos inconscientes e emocionais. Ainda se está longe de apreender todos os mistérios e responder às dúvidas que permeiam mentes dos que trabalham com educação há séculos e dificultam a execução de estratégias neurologicamente mais eficazes.

Corroborar-se com Lynch e Laursen (2016) quando ressaltam que a mente é o fator mais poderoso da vida humana e que, segundo prenunciam, nos próximos anos surgirá novas tecnologias de mapeamento cerebral e sensorial diametralmente mais avançadas. Por isso, de acordo com os autores supracitados e Toffler (2010), afirma-se que o impacto da neurotecnologia acarretará melhorias significativas à humanidade, aprimorando a sua vida assim como o arado, o vapor ou a eletricidade o fizeram.

Professores que conhecem a neuroeducação podem entender as mais diversas dificuldades escolares de aprendizagem: desconcentração, falta de foco, distúrbio de memória, esquecimento, falta de atenção, incapacidade de aprender língua estrangeira, bloqueios na aprendizagem entre tantos outros fatores que limitam o sucesso no desempenho escolar e dessa forma interagir com outros profissionais de forma mais eficiente e visando a melhoria no bem estar do indivíduo. Entretanto para que suas atuações sejam mais eficazes se faz necessário o aprimoramento acadêmico dentro dessa área, pois não é somente fazendo um curso de Neurociências que me auto habilito a "diagnosticar" determinadas situações.

Como o pensamento crítico é curioso, o conhecimento nunca cessará o aparecimento de dúvidas e problemas inéditos a serem resolvidos. Portanto, provavelmente a neurociência irá trazer muitas respostas a perguntas que antes pareciam obscuras, mas também levantará novos e importantes debates.

Faz-se mister aclarar, todavia, que não se pode esperar que esse projeto funcione como um condão que venha a solucionar todos os questionamentos do passado, presente e futuro. Mas, seguramente, servirá para saciar uma parte da sede investigativa dos estudiosos e profissionais da área, ávidos por conhecimento. Sobretudo, acredita-se que possa constituir uma espécie de farol inspirador, a motivar novas pesquisas e a iluminar, cada vez mais, o fascinante caleidoscópio de possibilidades preconizadas pela neurociência no âmbito da neuropsicologia e neuropsicopedagogia.

### **Questões para reflexão:**

- 1) Qual a ligação entre cérebro e aprendizagem?
- 2) Como se pode organizar um trajetória histórica da neurociência?
- 3) De acordo com o que foi abordado no texto, comente a relação entre emoção e tomada de decisão.

### **Referências:**

ANDRIOLA, Wagner Bandeira; CAVALCANTE, Luana Rodrigues. Avaliação do raciocínio abstrato em estudantes do ensino médio. **Estudos de psicologia**. 1999.

AZEVEDO, Frederico e colaboradores (2009). Equal numbers of neuronal and non-neuronal cells make the human brain an isometrically scaled-up primate brain. **Journal of Comparative Neurology** v. 513.

BALDO, M. V. C. Interdisciplinaridade das neurociências. [Editorial]. **Revista médica de minas gerais**, Minas Gerais, 2010; 20 (3 Supl. 1), Faculdade de Medicina da UFMG.

BEAR, Mark F.; CONNORS, B. W.; PARADISO, M. A. **Neurociências**: desvendando o sistema nervoso. Porto Alegre: Artemed, 2002.

BLUNT, Wilfrid. **Linnaeus**: the compleat naturalist. Nova Jérсия: Princeton University Press, 2004.

GOLDSTEIN, F. C.; LEVIN, H. S. Disorders of reasoning and problem-solving ability. *In*: MEIER, Manfred; BENTON, Arthur; DILLER, Leonard. **Neuropsychological rehabilitation**. 1. ed. Londres: The Guilford Press, 1987.

HOUAISS, Antônio. **O que é língua**. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991

HOUZEL-HERCULANO, Suzana. Uma breve história da relação entre mente e cérebro. *In*: LENT, Roberto. **Neurociência: da mente e do comportamento**. Reimpressão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

HUETTEL, Scott A.; SONG, Allen W.; MCCARTHY, Gregory. **Functional Magnetic Resonance Imaging**. 2. ed. Massachusetts: Sinauer, 2009. LENT, Roberto (Coord.): **Neurociência: da mente e do comportamento**. Reimpressão. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

LENT, Roberto: Afinal, quantas células tem o cérebro humano? **Instituto Ciência Hoje**. Disponível em: <<http://cienciahoje.uol.com.br/colunas/bilhoes-de-neuronios/afinal-quantas-celulas-tem-o-cerebro-humano>> Acesso em: 29 out. 2017

LENT, Roberto: **Cem bilhões de neurônios**: conceitos fundamentais de neurociência. Edição revista e atualizada. São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

LIBET, Benjamin. Unconscious cerebral initiative and the role of conscious will in voluntary action. **The Behavioral and Brain Sciences**. Estados Unidos, 1985.

LINDSTROM, Martin. **A lógica do consumo**: verdades e mentiras sobre por que compramos. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

LYNCH, Zack; LAURSEN, Byron. **A revolução neurotecnológica**: como a neurociência está mudando o nosso mundo. Tradução Carmen Fischer. São Paulo: Cultrix, 2016.

MACINTYRE, Alasdair C. **Dependent rational animals**: why human beings need the virtues. Indiana: Open Court Publishing, 2015.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MATSUHASHI, Masao; HALLET, Mark. The timing of the conscious intention to move. **European Journal of Neuroscience**. Vol. 28, 2008.

MYERS, David. **Introdução à psicologia geral**. 5. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 2006.

PETERS, Jan; BÜCHEL, Christian. Episodic future thinking reduces reward delay discounting through an enhancement of prefrontal-midtemporal interactions. **Neuron**. v. 66, 1. ed. 15 abr. 2010.

REDFORD, Robert B. **The Oxford encyclopedia of ancient Egypt**. Oxford: Oxford University Press, 2001.

RITNER *in* Robert K. **Magic: the Oxford encyclopedia of ancient Egypt**, Oxford Reference Online, 2011.

ROBERTSON, Ian S. **Problem solving**. Reimpressão. East Sussex: Psychology Press, 2001.

STERNBERG, Robert J. **Wisdom, intelligence, and creativity synthesized**. Nova Iorque: Cambridge University Press, 2015.

TOFFLER, Alvin. **The third wave**. Bantam edition. Nova Iorque: Bantam Books, 2010.

VEITH, Ilza; ZIMMERMAN, Leo M. **Great ideas in the history of surgery**. San Francisco: Norman Publishing, 1993.

## 7 A psicologia clínica na infância e na adolescência: conceitos e abordagens

Aline Arruda Rodrigues da Fonseca

### 1. PRIMÓRDIOS SOBRE O ATENDIMENTO INFANTIL

O atendimento infantil teve início num período em que a comunidade analítica debatia a formação do analista e tentava institucionalizar essa formação. Nos anos pós-guerra, a preocupação com o mau uso da psicanálise e o temor do charlatanismo contribuíram para a polêmica sobre a conveniência ou não de autorizar os não médicos a este exercício.

Uma resolução tomada em 1927 pela Comissão Internacional de Ensino dispensou os psicanalistas de criança da formação médica que era exigência de algumas sociedades psicanalíticas quando se tratava de analistas de adulto. A técnica veio com a descoberta de que brincar é uma atividade muito além da pura diversão (CASTRO; STURMER, 2009).

Iniciou-se com Freud, ao observar seu neto de 1 ½ ano brincando e comparando o brincar com a relação com a mãe, através da separação da mãe jogando e trazendo de volta seu carretel. Para Freud brincar é também satisfação e elaboração de vivências traumáticas - sua base está alicerçada no princípio do prazer e na transformação do que

vive passivamente no domínio ativo dela por meio da repetição do jogo, acarretando também em aprendizagens importantes para a criança (FREUD, 2010).

Assim, esse capítulo tem como objetivo dialogar sobre a clínica da infância e adolescência em algumas abordagens mais conhecidas sobre o tema, através de um estudo bibliográfico, através de uma revisão integrativa, buscando proporcionar a síntese de conhecimento e a aplicação de resultados de estudos significativos na prática, sendo investigado conteúdos científicos sobre os temas aqui abordados, buscando proporcionar o exame de um objeto sob novo enfoque. A seguir, são apresentados os primórdios sobre o atendimento infantil.

*Hermine von Hug-Hellmuth (1871 – 1924)*, austríaca, foi pioneira da psicanálise infantil. A primeira mulher a qual se concedeu ingresso na Sociedade Psicanalítica de Viena, estimulou o desenvolvimento da terapêutica pelos jogos, a ludoterapia através de seu livro intitulado *Um Estudo da Vida Mental dos Bebês* publicado em 1919. Assassinada em 1924 por seu sobrinho Rudolf, a quem educou seguindo os princípios da pedagogia e da psicanálise. Após sua morte se levantaram as duas correntes da psicanálise de criança representadas por Anna Freud e Melanie Klein. Ambas envolvidas pessoalmente com o pensamento de Freud de que só a união de pai e terapeuta numa única pessoa garantiria o tratamento analítico de uma criança (CASTRO; STURMER, 2009).

*Melanie Klein (1882 – 1960)*, autora austríaca, em geral é classificada como uma psicoterapeuta pós-freudiana. Defende a expressão do mundo interno da criança por meio do brincar e vai em busca de compreender seu simbolismo. Para a autora, quando a criança brinca, ela mais age do que fala. Ela coloca atos – que originalmente ocuparam o lugar de pensamentos – no lugar de palavras; isto significa que “*acting out*” é para ela da maior importância (KLEIN, 1970).

Descobre que a dinâmica do brincar é semelhante à dos sonhos, ou seja, a criança opera deslocamentos, condensações, representa visualmente os pensamentos – a cena e também realiza desejos. A cena criada no brincar é a própria simbolização de seus conteúdos, o cenário e cena vão representar seus desejos e frustrações, em busca de realização (KLEIN, 1970).

O Brincar é uma forma de comunicação da criança, de expressão de seus conteúdos internos inconscientes. E com isso foi possível ver que a criança sofre diversas angústias e perdas desde os primeiros meses de vida e possui noção de seu sofrimento, sendo colaborativa com o trabalho (CASTRO; STÜRMER et al., 2009).

Para Klein, o estabelecimento de transferência e o trabalho de interpretação é feito para desfazer as fixações precoces do desenvolvimento infantil, contribuindo para a capacidade sublimatória e enriquecimento simbólico do universo infantil. Os pais precisam ser (de alguma forma), acompanhados e auxiliados a refletirem, compreenderem e encontrar formas de melhor se relacionarem com os filhos, uma vez que são parte da dinâmica e desenvolvimento do sintoma da criança, ainda que se mostrem resistentes a admitir e se implicar no trabalho (KLEIN, 1970).

*Anna Freud (1895 – 1982)* foi a sexta e última filha de Freud, analisada pelo próprio pai, Anna focou seu estudo principalmente no tratamento de crianças. Era pedagoga de formação e não acreditava em um trabalho propriamente analítico com crianças por estarem em desenvolvimento e desta forma, não realizariam uma verdadeira neurose de transferência. A contribuição seria a educativa e de controle adequado dos impulsos. Apenas pela verbalização - um recurso do pré-consciente que liga os conteúdos inconscientes à consciência, ainda incipiente na criança - é que seria possível a análise. Portanto, trabalhava apenas com crianças maiores de sete anos focando na interpretação de sonhos e na produção de desenhos da criança (FREUD, A., 1971).

*Donald Woods Winnicott (1896 – 1971)*, pediatra e psicanalista inglês, teorizou sobre o brincar e a prática clínica, apontando esta técnica para a grande capacidade de acolhimento e tratamento de crianças. Valorizava intensamente a espontaneidade e importância da vivência, Winnicott inovou considerando o espaço clínico como uma *metáfora de cuidados maternos* e o brincar como uma capacidade necessária ao terapeuta. Trouxe com uma das grandes contribuições a técnica do Rabisco (WINNICOTT, 1975).

Esta técnica se diferencia pela liberdade de ação e ausência de normas fixas, o que é próprio das brincadeiras das crianças, contrastando dessa forma com os jogos estruturados por sistemas de regras. Winnicott utiliza este jogo como técnica de comunicação com a criança. O profissional e o paciente executam, alternadamente, traços livres; cada parceiro deve modificar o rabisco do outro à medida que for sendo realizada a tarefa. Ao mesmo tempo em que o rabisco possibilita um diagnóstico do caso, a técnica se constitui no processo (WINNICOTT, 1975).

*Arminda Aberastury (1910 - 1972)* foi uma autora argentina reconhecida como uma das maiores autoridades na área de análise infantil. Aponta para a possibilidade que a linguagem oferece a possibilidade de lidar com a presença e ausência e assim suportar

a falta – quando o bebê fala mamãe ele “possui” a mãe. Atribuir símbolos – as palavras - reconhecimento e valorização da realidade psíquica da criança – seus desejos, fantasias, angústias, pensamentos e sentimentos. Para se chegar à uma interpretação é preciso nomear, assim é possível compreender e então junto com a criança, decifrar o conteúdo latente de seu jogo (ABERASTURY, KNOBEL, 1992).

## **2. CONDIÇÕES ESSENCIAIS DO PSICOTERAPEUTA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Um elemento chave para o atendimento infantil é o Brincar, que possui uma evolução própria - seu início se dá logo cedo quando o bebê brinca com o próprio corpo. Surgem, então os fenômenos transicionais (aquele paninho do qual o bebê não desgruda): trânsito e relacionamento entre o mundo interno e externo. A criança desenvolve depois, o brincar isolado, mas precisa da presença do outro – para a descoberta do mundo. Se isto é satisfeito, ela consegue então passar para a etapa seguinte, que é o brincar compartilhado. A partir desse momento a criança consegue estabelecer melhores relações com o outro, brincar em conjunto e ir internalizando as regras de convivência (CASTRO; STURMER, 2009).

Cada psicoterapeuta através do *tripé*: formação, supervisão e tratamento pessoal, se desenvolve para a realização de uma prática ou ciência que envolve, além da atualização permanente do estudo e teoria, a intuição, a empatia, a capacidade e a plasticidade do ego em se colocar “junto com” o outro, seja sentindo, brincando, desenhando ou jogando, para depois se afastar, processar e desenvolver para o paciente aquilo que foi vivido na sessão terapêutica exercendo a função de “continente”, com uma formação de base sólida tanto ética quanto teórica e técnica (CASTRO; STURMER, 2009).

Pensando nesse aspecto, algumas recomendações fazem-se necessárias, sendo a Cartografia da formação, proposta por Castro e Stürmer (2009) bem relevante:

- Submeta-se a um tratamento pessoal – análise ou psicoterapia;
- Busque uma autorização pessoal; Faça uma formação específica;
- Conheça a dinâmica das etapas do desenvolvimento;
- Leia os autores clássicos, e os contemporâneos também lance mão da leitura de publicações atuais; Busque supervisão sempre que necessário;
- Disponibilize-se emocional, interna e temporalmente para estar de fato com as crianças e adolescentes; Seja espontâneo ao brincar, sem se infantilizar;

- Apure um olhar voltado para a comunicação não-verbal, capaz de decodificar o que o jogo está transmitindo;
- Preserve a capacidade de tolerar o ataque de pacientes mostre que as crianças são convidadas a tudo falar, brincar, desenhar, mas nem tudo fazer;
- Tenha tranquilidade para tratar de assuntos que podem ser considerados tabus (sexo, drogas, orientação sexual, doenças, morte);
- Prepare seu consultório para receber a demanda dos pacientes;
- Seja tolerante para o fato de que o consultório possa ficar sujo, bagunçado e ao usar os materiais lúdicos (tinta, massinha);
- Tenha despreendimento para situações como ter de limpar uma criança – uma mesma ação pode estar comunicando níveis muito diferentes de funcionamento mental;
- Avalie sua disposição física (para sentar no chão, jogar bola);
- Distribua seus pacientes em horários que seja confortável;
- Seja compreensivo e maleável com situações particulares de cada família (como combinações de horários e férias);
- Mantenha a mesma liberdade e flexibilidade para manejar situações inusitadas (levar amigos, aparelhos de música etc. – o que isso nos transmite?);
- Preveja a participação de terceiros no setting;
- Atentar para a comunicação de outras pessoas, personagens que pode ser sobre eles mesmo – atualizar-se do conhecimento do mundo infantil;
- Conceba a psicoterapia somente com a participação dos pais (quando os pais não querem – não se consegue trabalhar com todos que buscam terapia);
- Lembre-se que haverá uma história narrada pelos pais, uma demonstrada pelo cliente e nosso olhar atento a estas relações;
- Seja empático com a família, que pode se sentir ferida com o processo terapêutico;
- Fique atento para a manutenção da neutralidade, não se posicione a favor ou contra a criança ou os pais; identifique se há alguma psicopatologia por parte dos pais (se é um cuidado errôneo ou negligência, por ex.);
- Esteja preparado para denunciar casos de abuso e maltrato;
- Suporte situações em que, justamente quando está melhorando, o paciente pode ser retirado pelos pais da psicoterapia; Trabalhe com os pais a responsabilidade pela condução que eles decidem dar para a vida de seu filho;
- Reflita sobre os processos de identificação, com os aspectos transferenciais e contratransferenciais;

- Lide com pressões para resultados imediatos; Tratar crianças e adolescentes exige mais que o tempo no consultório (escola, nutricionista, pediatra).

## **2.1 a clínica com crianças e adolescentes: o processo psicoterápico**

*Como chegam à clínica? Três fatores são específicos no tratamento:* São pessoas que dependem legalmente de seus familiares – relação de transferências dos pais que podem surgir. Necessário para compreender ansiedades e modos de funcionamento de cada família; 2. Solicitação do tratamento: com crianças a busca é realizada através dos pais, sugestão da escola, médicos. Adolescentes já buscam por iniciativa pessoal, apoio de namorado, amigos e família para a busca, com muitos temas ligados à depressão, tristeza e /ou perdas; 3. O uso da palavra não é o mesmo utilizado pelos adultos: outras formas de comunicação, além da verbal. Crianças usam o brincar enquanto os adolescentes estão envolvidos com a redefinição da imagem corporal. Há ainda o uso de comunicação paraverbal (tom da voz, ex.), gestos, expressões. O psicoterapeuta deve estar atento ao fatos surpresa que surge nas sessões (CARON, 1996).

No transcurso de seu ofício o psicoterapeuta vai construindo um estilo próprio de trabalhar, que irá se tornar uma maneira de ser única. *Como deve ser:* Tratamento pessoal; Contato com seu jeito de ser; Reconhecimento de suas reações; *Como me torno:* Percepção e entendimento dos relacionamentos; E do mundo interno dos pacientes.

## **2.2 O campo psicoterápico e a relação terapêutica**

Campo entendido como a totalidade dos fatos coexistentes, é dinâmico – cada parte depende de uma interrelação. A totalidade dos fenômenos é mais complexa e ampla que a soma das partes. Assim, a situação terapêutica inclui: campo emocional de ambos, fantasias inconscientes básicas da dupla e identificações projetivas e introjetivas do par. O psicoterapeuta ressignificará sua própria criança e adolescência e seus pais e história pessoal. A psicoterapia com crianças e adolescentes não pode ser confundida com psicoterapia familiar, mas em muitas ocasiões, é preciso compreender e explicitar as ansiedades e funcionamento do grupo familiar (CASTRO; CAMPEZATTO; SARAIVA, 2009).

E essa compreensão se dá a partir da relação terapêutica, entendida como um vínculo genuíno e com características próprias e discriminadas dos relacionamentos

comuns da vida do paciente. Norteada pelos princípios teórico-clínicos que fundamentam a prática, continência emocional do terapeuta e habilidade de manter um espaço para simbolizações e o pensar sobre as comunicações do paciente. É preciso saber que não é uma relação natural e espontânea, ela vai se construindo no vínculo, no contrato com normas a serem seguidas. Ocorre no setting terapêutico (horário, local, papéis) Auxílio dos pais, e não existe a reciprocidade presente em outras formas de relacionamento. É assimétrica, com papéis e funções diferenciadas (o psicoterapeuta ouve e interage, mas não divide sua vida pessoal com o paciente) (CASTRO; CAMPEZATTO; SARAIVA, 2009).

Uma neutralidade perfeita é impossível, pois é necessário aprimorar a escuta e a observação constante. A aliança terapêutica evolui com o tempo – ligação positiva com o psicoterapeuta e na necessidade do paciente que necessita de ajuda. A aliança é indispensável para que sejam superados os momentos de resistência e impasse que possam colocar em risco o prosseguimento da psicoterapia. A Interpretação pode levar um bom tempo de comunicações verbais e não-verbais entre a dupla analítica. Hoje as narrativas são entendidas como insaturadas: abertas, plenas de várias possibilidades, sem uma interpretação pronta. Uma interpretação fora do nível de compreensão do paciente pode ser invasiva ZIMERMAN, 2004).

### **2.3 Etapas da psicoterapia com crianças e adolescentes**

As etapas da psicoterapia com crianças consiste em três fases após um processo de avaliação: Início do tratamento, Fase intermediária e de término (nem sempre concluída). Ma

Mas o que avaliar? O que é possível expressar através dos jogos? A entrevista com a criança pode ser também chamada de Hora do Jogo Diagnóstica. Através de uma *Formulação diagnóstica*, a qual é comunicada de forma compreensível ao paciente e seus familiares nas entrevistas de devolução (última etapa do processo avaliativo) (CASTRO; CAMPEZATTO; SARAIVA, 2009).

É fundamental começar comunicando sobre os aspectos saudáveis, para posteriormente falar dos aspectos mais comprometidos e atentar para sentimentos de vulnerabilidade da família envolvidos – situação delicada.

Algumas questões são interessantes de serem pontuadas, como o fato de a criança fazer o pagamento das sessões? Qual a disponibilidade da família para envolver

a criança o suficiente no processo terapêutico? Esses pontos devem ser discutidos com os pais.

Assim, tem-se uma *Fase inicial, compreendida como a aliança*. Trata-se da construção de um vínculo de confiança e aliança de trabalho. Assim, planejar a psicoterapia requer investigar a indicação, os objetivos, e recursos do paciente (necessidades e possibilidades). Sendo esse um período que ocorre a maioria dos abandonos de tratamento (entre a 1ª e 8ª sessão). Motivos comuns: desconfianças e resistências acerca do tratamento que se inicia (CASTRO; CAMPEZATTO; SARAIVA, 2009).

Sobre os jogos, a criança escolhe o jogo que deseja utilizar no decorrer da sessão, com revelações sobre ela mesma. O terapeuta é guiado pela criança e acompanha o jogo, intervindo ou interpretando aspectos significativos do mesmo. Sobre as interpretações, qual a melhor forma para as crianças? Isso deve ser pensado no ritmo de cada criança.

A *Fase intermediária é o processo elaborativo*, sendo um período que vai desde a consolidação da aliança terapêutica até a ocasião em que uma séria proposta de término passa a ser discutida entre paciente e terapeuta. A evolução é perceptível quando passa a existir uma continuidade nos temas trazidos pelo paciente entre as sessões. Alguns sentimentos de raiva em relação ao terapeuta podem emergir também. Um momento considerado crítico é quando é preciso enfrentar o sofrimento da criança. Portanto faz-se necessário uma atenção aos sentimentos contratransferenciais, evitando um conluio com o paciente evitando tocar em situações dolorosas. Índícios interpretativos: repetições das brincadeiras, dos brinquedos; mudanças no jogo, enriquecimento do mesmo. Importante evitar interpretações no momento de elaboração da criança, é adequado deixar ela mesma chegar ao insight no seu ritmo. Na fase de interpretação é possível que novos conflitos e novas questões possam surgir dando novo foco ao trabalho terapêutico (CASTRO; CAMPEZATTO; SARAIVA, 2009).

A *Fase intermediária* vai desde a consolidação da aliança terapêutica até a ocasião em que uma séria proposta de término passa a ser discutida entre paciente e terapeuta. A evolução é perceptível quando passa a existir uma continuidade nos temas trazidos pelo paciente entre as sessões. Alguns sentimentos de raiva em relação ao terapeuta podem emergir também (CASTRO; CAMPEZATTO; SARAIVA, 2009).

A *Fase final é onde ocorre a despedida*. A ideia da finalização pode vir do paciente, dos pais, do terapeuta ou ainda das três partes, quando há uma melhora visível

que justifique o término. Essa etapa que objetiva: ajudar a criança a examinar suas condições reais para um término; trabalhar o fim do relacionamento com o terapeuta; identificar ganhos conquistados e as situações que ainda merecem alguma atenção psicoterapêutica (CASTRO; CAMPEZATTO; SARAIVA, 2009).

Na 1ª Entrevista: Exposição das fantasias de “doença” e “cura”; Na última: a criança revive todo o processo psicoterápico. É uma etapa de balanços e de elaboração da separação. Nesse contexto existem possíveis indícios de alta por parte da criança: Ideia mais realista do terapeuta, desfeitos vínculos transferenciais; Passa a trazer mais material da vida cotidiana; Mudanças na qualidade da comunicação; Defesas mais flexíveis e evoluídas; Obtém mais insights. A receptividade emocional do psicoterapeuta e sua habilidade para criar um espaço agradável que possa acolher a espontaneidade do paciente, é imprescindível para a realização de uma psicoterapia.

#### **2.4 O lugar dos pais na psicoterapia de crianças e adolescentes**

Ao receber os pais é necessário não ter preferência por um ou outro. O objetivo é coletar informações buscando um alívio da angústia em relação ao conflito do filho. É normal que haja esquecimento de informações importantes devido à ansiedade que o momento provoca.

Na primeira entrevista busca-se saber o motivo da consulta; História da criança, utilizando a Anamnese; Um dia comum na vida da criança, domingo, aniversário; Como é a relação dos pais e familiar. É necessário traçar um plano para esta entrevista, evitando que os pais direcionem para seus problemas a fala terapêutica (STÜRMER; RUARO; SARAIVA, 2009).

Uma vez terminada esta entrevista, se os pais decidiram fazer somente um diagnóstico, comunica-se o dia e a hora da entrevista com a criança, assim como a duração. Se aceitam um “tratamento”, lhes são dadas as indicações gerais nas quais este se realizará, condições que serão dadas posteriormente (STÜRMER; RUARO; SARAIVA, 2009).

Em maiores detalhes, a participação dos pais no tratamento de menores de idade é tema disposto no artigo 8º do Código de Ética Profissional do Psicólogo (2005). Este artigo regula a obrigatoriedade do profissional obter autorização, de pelo menos um dos pais ou responsáveis para a realização de atendimento sistemático da criança, adolescente ou interdito, protegendo os interesses do menor e do próprio psicólogo (CFP, 2005).

## 2.7 Ludoterapia

O que significa o brincar? Por que as crianças escolhem determinados brinquedos a outros? O que acontece intrapsíquicamente durante o processo de comunicação no momento da brincadeira? Como entender a linguagem não-verbal ou pré-verbal?

É importante verificar se há restrição da censura e da direção racional do pensamento. Crianças que não conseguem brincar: medo do mundo real e simbólico – critério para avaliar a saúde mental das crianças. O brincar equivale à linguagem verbal: “revela e esconde – resistindo – e aprendendo a resistir, mostra escondendo”. O pensamento se manifesta na ação lúdica.

Segundo Tavares 2005 (p. 45), entrevista clínica é:

Um conjunto de técnicas de investigação, de tempo delimitado, dirigido por um entrevistador treinado, que utiliza conhecimentos psicológicos, em uma relação profissional, com o objetivo de descrever e avaliar aspectos pessoais, relacionais ou sistêmicos (indivíduo, casal, família, rede social), em um processo que visa a fazer recomendações, encaminhamentos ou propor algum tipo de investigação em benefício das pessoas entrevistadas.

A Entrevista Lúdica Diagnóstica faz uso de brinquedos, jogos e instrumentos lúdicos como mediadores da comunicação entre o avaliador e o avaliado. A utilização da Técnica refere a coleta, a análise objetiva e detalhada das informações.

Tem-se portanto duas vertentes, uma *Primeira Vertente Psicológica*: Através da Avaliação Psicológica, com a realização de múltiplas técnicas, em conjunção com a entrevista lúdica, uso de instrumentos como possibilidade de ampliar a compreensão diagnóstica. E uma *Segunda Vertente Psicológica*, com uma perspectiva diferente, priorizando a Entrevista Lúdica; entrevista com os pais, outras fontes que fizerem necessárias, que possibilite encaminhamentos (AXLINE, 1984).

A *Entrevista Lúdica Diagnóstica* é realizada com a criança em um contexto psicodiagnóstico, com procedimento técnico e que tem como objetivo conhecer e compreender a realidade da criança em processo de avaliação. Na Entrevista inicial, como primeira etapa diagnóstica, não significa que deva ser a primeira ou o único procedimento e tampouco ocorrer em apenas um encontro. Assim, sua potencialização se dá através da avaliação psicológica: análise dos resultados e de outras técnicas comumente empregadas, durante o psicodiagnóstico com crianças, da entrevista com os

pais ou responsáveis, da entrevista familiar e com testes projetivos e/ou psicométricos (AXLINE, 1984).

As Técnicas devem estar no lugar de correspondência sendo uma aplicação da teoria, de forma alguma devem ser desenvolvidas de modo separado ou aleatório. Como características da ludoterapia, inclui quantidade de sessões, frequência, pagamento das sessões e o sigilo das informações. Sobre o sigilo, devemos refletir o que pode e o que não pode ser dito aos pais, as informações reveladas aos pais dizem respeito à compreensão do funcionamento psicológico da criança e o que a faz sofrer (AXLINE, 1984).

Esse processo começa antes do contato com o paciente, sendo um momento que o psicólogo recebe a ligação assim, é importante atentar ao interlocutor. Em relação a marcação da entrevista, a maioria dos profissionais optam por marcar as primeiras entrevistas apenas com os pais, juntos ou separados, para somente depois conhecer a criança pessoalmente.

Os materiais podem ser de uso *individual*: caixa ou gaveta. Associando-se da seguinte maneira: Para alguns profissionais somente quando a criança se encontra em terapia. Outros, utilizam para guardar as produções ou brinquedos trazidos. É trabalhado conteúdos como: Sigilo, relação criança e psicólogo (vínculo). Ou de uso *coletivo*: como caixas, gavetas, estantes, armários, baús e mesas. Assim, é importante avaliar ciúmes, inveja, capacidade de reparação, entre outros. Os materiais coletivos precisam ser preservados (PISETTA, 2017).

O brinquedos podem ainda ser *Estruturados*, como família de bonecos ou família terapêutica, Jogos, como dominó, etc (regras, normas coletivas, agressividade, competição). Permitindo a criação de histórias e a manifestação de sentimentos personificados nos bonecos, com uma constante atualização do profissional; ou *Não estruturados*: folhas, lápis, canetinhas, giz de cera, borracha, apontador e quadros para desenho (PISETTA, 2017).

Antes da entrevista lúdica diagnóstica, é necessário refletir a necessidade do procedimento. Só deve ser realizada quando se consta nas primeiras entrevistas com os responsáveis. A importância do profissional não se contaminar em demasia com as informações colhidas. Após definir a necessidade de encontro com a criança, o profissional pode solicitar que os pais levem ao seu consultório. Gerar um ambiente de acolhimento e estar aberto para o novo. Características, singularidade, idade (próprio de

cada paciente) são questões importantes que deve-se levar em consideração no procedimento da entrevista (COSTA; DIAS, 2005).

A primeira entrevista serve para nortear o processo avaliativo, a análise inicia-se a partir da entrada da criança na sala de atendimento. Avalia-se as condições da criança de entrar sozinha e estimula-se que ela ingresse no setting sem os pais. No momento de apresentação, anamnese, o que farão naquela sala e por que foi levada pelos pais até lá. No momento inicial do encontro entre o psicólogo e a criança, deve-se realizar o rapport, definição de papéis, limitação do tempo e espaço, o material a ser utilizado e os objetivos esperados. Os profissionais realizam esse procedimento de maneiras distintas. Mas o trabalho geralmente é realizado usando brinquedos e jogos (COSTA; DIAS, 2005).

O contrato de trabalho é feito no início durante ou final da entrevista, depende dos primeiros movimentos do paciente. Tudo que é dito no setting não é repassado a mais ninguém.

O Brincar, desenhar e jogar é uma associação livre como principal método de trabalho. O psicólogo deve identificar o momento de realizar intervenções durante a entrevista. Na Interpretação, o psicólogo interpreta a criança por meio dos brinquedos, dando voz aos personagens. Interpretar adequadamente a criança faz ela se sentir compreendida, o que pode resultar em maior motivação no processo avaliativo. Na Finalização do processo avaliativo, após a coleta de todas as informações ao longo do processo de avaliação, costuma-se agendar devolutivas com os pais e com a criança (COSTA; DIAS, 2005).

## **2.8. Psicoterapia com adolescentes - algumas considerações**

As questões mais comuns que chegam são geralmente sobre conflitos de identidade, grupos, família, sociedade e sexualidade; Autoimagem, através de transformações físicas e hormonais; Decepções amorosas; Transtornos alimentares (principalmente Anorexia, bulimia e obesidade); Somatizações; Transtornos neuróticos, transtornos de conduta, drogadição, ideações suicidas; Depressão (CIMENTI, 2009).

Além disso, alguns sinais comuns a todas essas questões são: transtornos do sono, apatia, desinteresse generalizado, reclusão, queda no rendimento escolar, sentimentos de insuficiência, baixa autoestima, além de sintomas de depressão mascarada (agitação, violência, etc.) Nestes casos, necessário investigar antecedentes familiares e verificar a necessidade de medicação específica. O luto na adolescência

associado a perdas, dúvidas existenciais e ideológicas, presença de intelectualizações, misticismo, contestação de valores culturais, políticos e religiosos; Sentimentos de incompreensão (CIMENTI, 2009).

Outra questão é o adolescente e a família, através da busca pela identidade: “o filho de seus pais”. Que igualdades você percebe em si de seus pais? O que poderia ser ambivalente?

Os pais também podem ter crises, através de uma percepção de que o tempo está passando; da perda da criança querida; de uma possível não-realização de seus projetos e sonhos; Preocupações comuns (ex. violência urbana); Temor da solidão. Assim questiona-se o que fazer e como proceder com o filho? Estas questões podem levar a uma adolescência prolongada. Alguns pesquisadores falam em idade de 25 anos.

A turma como constituinte de uma nova identidade entre a família e a sociedade, com a preservação da identidade grupal, facilitando a diminuição das críticas, medos, culpas, vergonhas e utilização de sinais exteriores (roupas, acessórios, músicas). Para a prática clínica com adolescentes, algumas condições fazem-se necessárias, como gostar de adolescentes, independente da evolução de cada um; Ser flexível, sem perder a manutenção dos limites; Manter um equilíbrio evitando conluios; Capacidade de ser continente; Administrar o canal de comunicação com os pais – dependendo da idade do adolescente e de como ele se vê nesta situação; Ter cuidado com as contra-transferências e as identificações (com o adolescente, com os pais); Verificar estados psíquicos egossintônicos e transformá-los em egodistônicos – levando o adolescente a refletir sobre o que está sendo feito da vida dele (CIMENTI, 2009).

Nesse processo de atendimento, é preciso verificar a presença de algumas características, como o *Silêncio*, sendo este comum no início da terapia; *linguagem utilizada*: ser suficiente, sem maneirismos. Cuidado com contra-transferências difíceis como uma adolescência do terapeuta mal elaborada (CIMENTI, 2009).

Um ponto interessante a se pensar nesse processo contratransferencial é se a idade do terapeuta influencia? Muitos adolescentes, através da transferência se sentem inibidos pela idade o terapeuta e isso deve ser trabalhado junto ao jovem. É importante a manutenção das regras técnicas: Associação livre; Abstinência; Atenção flutuante; Neutralidade; Amor à verdade (ZIMERMAN, 2004).

### **3. PRINCÍPIOS BÁSICOS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES**

Para Aaron Beck (BECK; DE RUBEIS; TANG, 2006), os princípios fundamentais da TCC baseiam-se na maneira como as pessoas interpretam os eventos, que influencia diretamente na emoção e no comportamento.

De acordo com Beck e Alford (2000), a teoria cognitiva baseia-se nas seguintes formulações: A noção de esquemas (estruturas cognitivas que integram e atribuem significado aos eventos); A atribuição de significado (ativa ou controla sistemas psicológicos, como a atenção, memória, percepção, e o conteúdo emocional e comportamental).

As categorias de significado: padrões específicos de pensamento, emoção, memória, atenção e comportamento, que constituem a *especificidade de conteúdo*. Este termo refere-se aos temas comuns na psicopatologia. A *distorção cognitiva* refere-se aos significados disfuncionais ou mal-adaptativos que o indivíduo integra numa determinada situação. Também são considerados erros no conteúdo cognitivo (significado) e no processamento cognitivo (elaboração de significado). As predisposições dos indivíduos a cometerem distorções específicas são denominadas de *vulnerabilidades cognitivas*. Dessa forma, as pessoas podem desenvolver síndromes específicas. Os significados disfuncionais servem para explicar a tríade cognitiva e o desenvolvimento da psicopatologia (BECK; ALFORD, 2000).

### **3.1. Características da TCC de acordo com Judith Beck (1997)**

Trata-se de uma abordagem psicoeducativa, sendo diretiva e estruturada, orientada ao presente, focalizada em problemas, direcionada em metas, que utiliza planos de tratamento. Assim, sua aplicação pode ser em diversas faixas etárias para o tratamento de problemas e transtornos específicos (depressão, ansiedade, fobias, etc).

Nesse sentido, tem-se alguns conceitos fundamentais, como o de *Esquemas*, que são adquiridos durante a infância nas relações interpessoais. Ativados em situações específicas (indivíduo, contexto e self); os *Pensamentos Automáticos*, que são palavras, imagens e figuras que surgem na mente; as *Crenças*, que representam o conteúdo dos esquemas, podendo ser Crenças Centrais, como ideias mais rígidas sobre si mesmo, os outros e o mundo ou Crenças Intermediárias, através de atitudes e regras; *Estratégias compensatórias*, que são comportamentos utilizados para se proteger ou compensar as crenças (BECK; ALFORD, 2000; BECK, 1997);

Assim, a *relação terapêutica* é o ponto inicial para o processo de mudança e, para que ela aconteça, é preciso que as características do terapeuta cognitivo contenham

cordialidade, empatia e genuinidade. Na interação terapêutica deve haver ainda a confiança básica, através do rapport, com um empirismo colaborativo, através de uma descoberta guiada. Neste sentido, algumas atitudes do terapeuta que podem prejudicar a terapia cognitiva seriam a superficialidade, ser excessivamente didático e interpretativo, com pouca atenção a relação terapêutica utilizando-se de técnicas de forma mecânica (BECK, 1997).

### **3.2 Procedimentos básicos de terapia cognitiva**

Em um primeiro momento, deve-se avaliar o humor do paciente no início da sessão, posteriormente estabelecer uma agenda e colaborativamente determinar tarefas de casa em cada sessão. Solicitar um feedback de momentos anteriores, conceituar o paciente e suas dificuldades de acordo com o modelo cognitivo, e usar a conceituação para planejar o tratamento ao longo das sessões e durante cada sessão em particular. O desenvolvimento e manutenção de uma forte aliança terapêutica para promover a resolução de problemas e o acompanhamento do processo por meio de tarefas de casa, é possível utilizar uma grande variedade de estratégias terapêuticas e, principalmente, trabalhar com a prevenção da recaída (BECK; ALFORD, 2000).

Para a avaliação inicial em TCC, primeiro faz-se necessário uma visão geral e descritiva, identificando os problemas e funcionamento geral da criança ou adolescente, para em seguida investigar o papel dos fatores cognitivos na etiologia das perturbações emocionais e comportamentais da criança. Destaca-se ainda a importância de investigar eventos específicos e situações que desencadeiam pensamentos e sentimentos disfuncionais, avaliando como a criança se vê, assim como eventos passados e expectativas para o futuro. Durante o tratamento, é preciso investigar eventos específicos e situações que desencadeiam pensamentos e sentimentos disfuncionais, avaliando como a criança se vê, assim como eventos passados e expectativas para o futuro (PETERSEN; WAINER, 2011).

A *sala de atendimento* e seleção de brinquedos deve ter condições de ser rapidamente limpa, com banheiro dentro da sala ou bem próximo. Conter mesa, armário com gavetas, pastas ou caixas individuais. É necessário verificar preferências ou necessidades, como crianças em situações hospitalares (pré ou pós), disponibilizando kit médico (para medir o conteúdo das vivências). O brinquedo permite assim, desenvolver habilidades sociais e de enfrentamento (BECK, 1997).

#### 4. ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

É uma abordagem criada pelo psicólogo norte-americano Carl Rogers (1902-1987) a partir de suas próprias experiências pessoais e profissionais indo além da psicoterapia, podendo ser utilizada em várias outras áreas (ROGERS, 1992)

*Virgínia M. Axline (1911 – 1988)* foi uma professora que se tornou psicoterapeuta, foi aluna de Rogers na Universidade de Chicago e colaboradora no Counseling Center, centro de aconselhamento criado por ele na referida universidade. Para Axline, a criança possui *necessidades básicas* que seu organismo está lutando para satisfazer (AXLINE, 1984).

Quando a obtenção dessas necessidades ocorre de maneira direta, a criança estaria ajustada. Quando a busca pela satisfação é bloqueada de alguma maneira, fazendo com que a criança busque formas que, mesmo gerando sofrimento, promovam a satisfação das necessidades, diz-se que a criança estaria desajustada (AXLINE, 1984).

Axline (1984) assume que essa descrição sobre ajustamento/ desajustamento não dá conta da complexidade do organismo humano. Para ela, portanto, antecipa-se às noções de desenvolvimento do eu, da necessidade de consideração positiva de si (do indivíduo) e do modo de avaliação incondicional, parte da teoria da personalidade.

As noções de auto-realização e maturidade eram compreendidas por Axline (1984) como crescimento, sendo este dinâmico e influenciado pelas experiências do indivíduo. Como tudo muda e reorganiza-se, o indivíduo também vai reorganizando suas atitudes, seus pensamentos e sentimentos. Vários fatores influenciam essa dinâmica de crescimento: acontecimentos cotidianos da vida da criança, a interação entre esta e outros indivíduos e a natureza mutável do ser humano. Portanto, a criança está em constante mudança em relação às suas experiências e à interação desenvolvida com os outros. Isso seria a caracterização de personalidade em Axline (1984).

Para o atendimento infantil, chamado de *Ludoterapia Centrada na Criança - LCC*, o ludoterapeuta não direciona as atividades da criança. Esta mostra o caminho e escolhe as atividades que quer realizar no atendimento. Dentro de uma atmosfera de aceitação e respeito, a criança “passa a mostrar o seu interior e em vez de tentar fugir de suas dificuldades, junto com o terapeuta, na brincadeira, passa a solucionar suas fragilidades” (AXILINE, 1984) A criança é completamente aceita, não é contida em suas expressões e nem apressada em seu processo de terapia.

Já o terapeuta antes de informar seu papel, diz o que este não é: um supervisor, um professor ou um substituto dos pais. Está sempre atento e alerta ao que a criança faz

e expressa, de forma genuinamente interessada, aceitando e sendo permissivo. Deve se manifestar em terapia através de suas atitudes, sendo estas entendidas como algo para além das técnicas. Sua postura deve ser não-diretiva, o que não quer dizer que seja passivo na relação com a criança. Suas atitudes expressas não podem ser forçadas, mas sim pertencentes à sua personalidade (ROGERS, 1992).

Na LCC, o terapeuta não espera que a criança arrume os brinquedos ao final da sessão. Cabe ao terapeuta, após a saída da criança, a arrumação da sala de atendimento. As implicações para esta atitude são as seguintes: não arrumar os brinquedos no fim da sessão reforça na criança a natureza diferenciada dos atendimentos; Brincar sabendo que terá que arrumar os brinquedos no final pode fazer com que a criança não brinque da maneira que ela precisa (COSTA; SILVA, 2005).

O psicoterapeuta infantil com orientação de base humanista-existencial tem como meta realizar um trabalho clínico no qual busca exercer o papel de facilitador do autoconhecimento, possibilitando à criança vivenciar e experienciar a liberdade e o poder de escolha por meio de espaço, escuta, nomeação de seus desejos e respeito pela sua singularidade. Deve propiciar, ainda, o reencontro consigo mesmo e a emergência de outras possibilidades por intermédio das quais possa encontrar recursos para ressignificar o sofrimento psíquico, denunciado ou não em forma de sintomas. Essas, possivelmente, tenham sido as manifestações que motivaram a busca, geralmente dos pais ou responsáveis, pelos serviços profissionais de um psicoterapeuta precisa (COSTA; SILVA, 2005).

De acordo com Grandesso (2010), trabalhar com crianças exige do terapeuta a habilidade de aproveitar ou criar oportunidades desde o momento em que se vê frente a frente com a criança: desenvolver uma conversação em torno de seus interesses. Trabalhar com a criança envolve poder falar, de modo lúdico, das dificuldades, mas de modo suficientemente sério para gerar alternativas de mudança. A autora complementa que o grande desafio para o psicoterapeuta assim orientado está em inserir-se no mundo da criança, deixar-se conduzir pela curiosidade genuína, permitir-se admirar o material trazido por ela, usando a riqueza da imaginação infantil. Enfatiza, também, que embora o psicoterapeuta tenha muitos planos e objetivos, não deve haver expectativas: cada sessão é uma experiência existencial; o que tiver que acontecer acontecerá.

A terapia é centrada nas demandas e no ritmo do cliente, não sendo conduzida pelo terapeuta, baseando-se no princípio da não-diretividade (ROGERS, 1992). Esta abordagem se pauta na crença de que os indivíduos possuem dentro de si vastos

recursos para autocompreensão e para modificação de seus autoconceitos, de suas atitudes e de seu comportamento autônomo. Estes recursos podem ser ativados se houver um clima, de atitudes psicológicas facilitadoras .

Para a Abordagem Centrada na Pessoa, há três tipos de intervenções verbais que podem ajudar o cliente a esclarecer os seus sentimentos, estimulando os seus pensamentos, sem distorcer aquilo que o cliente está trazendo. São elas a reiteração, o reflexo de sentimentos e a elucidação (ROGERS; KINGET, 1977).

A reiteração é uma forma simples de dar continuidade ao que o cliente está trazendo, fazendo uso das mesmas palavras do cliente, para que ele se sinta compreendido e acompanhado. O reflexo diz respeito a uma intervenção que ajuda a nomear sentimentos, compreender que ações e sensações podem, talvez, serem traduzidas ou relacionadas a sentimentos experimentados pelo cliente. Já a elucidação consiste em perceber, cristalizar e tornar evidentes certas atitudes ou sentimentos, que ainda não estão verbalmente presentes no discurso, mas que podem ser traduzidos pelo conteúdo ou contexto que o cliente expressa (AXLINE, 1982).

A Ludoterapia pode ser descrita como uma oportunidade oferecida à criança de crescer sob melhores condições. Por ser *não-diretiva* e acreditar na capacidade positiva de cada um, favorece que a criança entre em contato com seus sentimentos, no momento em que se sentir em condições, com disposição e segurança para isso (AXLINE, 1982).

A Ludoterapia centrada na criança *não se baseia em técnicas*, mas em atitudes terapêuticas vivenciadas de forma genuína pelo terapeuta. Axline (1984) estabelece princípios que ajudam a orientar o terapeuta na experiência com a criança. Trata-se mais de uma ética profissional e de relacionamento do que especificamente uma técnica. Eis os oito princípios propostos por Axline (1984):

- 1. Acolhida amistosa** – O terapeuta deve desenvolver um amistoso e cálido *rapport*;
- 2. Aceitação** –aceitar a criança exatamente como ela é, pois esta não escolheu sua realidade;
- 3. Permissão** – Estabelecer uma sensação de permissividade no relacionamento, deixando a criança livre para expressar os seus sentimentos.
- 4. Reflexo de sentimentos** – O terapeuta deve estar sempre alerta para identificar os sentimentos expressos pela criança e para refleti-los, de tal forma que ela adquira conhecimento sobre o seu comportamento.
- 5. Consideração positiva** – mantém-se profundo respeito pela capacidade da criança em resolver seus próprios problemas, dando-lhe oportunidade para isso.

**6. Não diretividade** – O terapeuta não deve, nem precisa, dirigir ações ou conversas da criança.

**7. Respeito ao ritmo pessoal** – O terapeuta não tenta abreviar a duração da terapia.

**8. Não antecipar preocupações** – Estabelecer somente as limitações necessárias para fundamentar a terapia no mundo da realidade e fazer a criança consciente de sua responsabilidade no relacionamento.

Os princípios propostos por Axline (1984), não se referem tanto a uma técnica, mas sim, a uma ética profissional e de relacionamento. Tais atitudes podem ser facilitadoras em qualquer ambiente. Assim, esse capítulo buscou oferecer um olhar norteador sobre o atendimento infantil, além de apresentá-lo sob a ótica de três diferentes abordagens. Não pretendendo abordar de forma ampla sobre o tema, muito ainda deve ser pesquisado e aprofundado.

#### **EXERCITANTO:**

- 1) Qual a principal característica sobre o atendimento dos seguintes autores: Melanie Klein; Anna Freud; Donald Winnicott; Arminda Aberastury.
- 2) Cite três condições essenciais para o psicólogo que trabalha com atendimento infantil.
- 3) Quais as principais características de cada abordagem apresentada para o atendimento infantil.

**Para saber mais:** Livro: Dibs – Em busca de si mesmo

#### **REFRÊNCIAS**

ABERASTURY, A; KNOBEL, M. *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. 10ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

AXLINE, V. M. *Ludoterapia: A Dinâmica Interior da Criança*. Belo Horizonte: Interlivros. 1984.

BECK, A. T.; ALFORD, B. A. 2000. *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas

BECK, A; DE RUBEIS, J; TANG, T. *Manual de terapias cognitivo-comportamentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BECK J. S. *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 1997.

- CARON, N. A. *Reação surpresa na psicanálise de crianças*. In: Congresso Latino Americano De Crianças E Adolescentes, 2. São Paulo, 1996.
- CASTRO, M. G. K.; STURMER, A. *Crianças e adolescentes em psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- CASTRO, L. K; CAMPEZATTO, P. V. M.; SARAIVA, L. A. *As etapas da psicoterapia com crianças*. In: CASTRO, M. G. K.; STURMER, A. Crianças e adolescentes em psicoterapia. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- CIMENTI, M. E. *Psicoterapia de adolescentes: ressonância do especular na imagem corporal*. In: CASTRO, M. G. K.; STURMER, A. Crianças e adolescentes em psicoterapia. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. 2005.
- COSTA, M. I. M.; DIAS, C. M. S. B. A prática da psicoterapia infantil na visão de terapeutas nas seguintes abordagens: psicodrama, Gestalt terapia e centrada na pessoa. *Estudos de Psicologia Campinas* 22(1) P. 43-51 jan - mar, 2005.
- FREUD, A. *O tratamento psicanalítico de crianças*. Rio de Janeiro, Imago, 1971.
- FREUD, S. *Recordar, repetir e elaborar*. In S. Freud, Sigmund Freud: obras completas São Paulo, SP: Companhia das Letras. 2010.
- Grandesso, M. *Terapia de família centrada na criança: a criança como parceira conversacional*. In H. M. Cruz (Ed.), *Me aprende? construindo lugares seguros para crianças e seus cuidadores* (pp. 41-70). São Paulo: Roca. 2010.
- KLEIN, M. *Contribuições à psicanálise*. São Paulo, Mestre Jou, 1970.
- PETERSEN C. S.; WAINER R. *Terapias cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- PISETTA, M. A.A. M. *Sujeito, objeto e linguagem no brincar*. *Estilos clínicos*. São Paulo, 22(1), jan./abr. 2017, 100-112.
- ROGERS, C. R. *Terapia Centrada no Cliente*. São Paulo: Martins Fontes. 1992.
- ROGERS, C. R.; KINGET, M. *Psicoterapia e Relações Humanas*. Vol 1 e 2. Interlivros. Belo Horizonte, 1977.
- STÜRMER, A.; RUARO, K; SARAIVA, L. A. *O lugar dos pais na psicoterapia de crianças e adolescentes*. In: CASTRO, M. G. K.; STURMER, A. Crianças e adolescentes em psicoterapia. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- TAVARES, M. *A entrevista clínica*. In: CUNHA, J. A. *Psicodiagnóstico V*. Porto Alegre: Artmed, 2005.

WINNICOTT, D. W. *O Brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

ZIMERMAN, David E. *Fundamentos psicanalíticos: teórica, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed, 2004. 478p.

## 8 Anotações De Uma Sala De Aula: Tradições Da Psicologia Social

Andresa Carvalho dos Santos; Vanessa Allana Nunes Candido; Anselmo Freire de Carvalho; Andréa Moura de Souza; Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva

### **Introdução**

Este capítulo foi construído a partir do Trabalho Efetivo Discente – TED, realizado pelos estudantes do Curso de Psicologia do Instituto de Ensino Superior da Paraíba – IESP, matriculados em 2018.1 na disciplina Psicologia Social ofertada no terceiro período letivo do seu curso de graduação. Os textos mais destacados e orientados pela professora da disciplina foram condensados no presente capítulo, que aborda as tradições/vertentes/modalidades da Psicologia Social, de acordo com autores clássicos desta área de conhecimento.

A partir do estudo sobre as origens e desenvolvimento da Psicologia Social, os alunos da disciplina redigiram seus trabalhos individuais, sob orientação docente, concentrando-se em dois aspectos: sobre a história e sobre as principais tradições da Psicologia Social. O segundo aspecto está relatado no presente capítulo.

### **Desenvolvimento**

Convém destacar que o estudo das tradições/modalidades/vertentes da Psicologia Social apresenta três principais desdobramentos: a. Psicologia Social Psicológica; b. Psicologia Social Sociológica; e c. Psicologia Social Latino-americana.

Da segunda metade do século XIX para o início do século XX, apesar de todas as discussões sobre as interações entre o indivíduo e a sociedade serem bem anteriores a isso – é neste período da história que as reflexões ganham ares de cientificidade e os primeiros projetos de Psicologia Social começam a aparecer (CAMINO e TORRES, 2015).

Sobre a segunda metade do século XIX, é importante registrar que as origens do pensamento psicossociológico começam com:

O Desenvolvimento das Ciências Sociais na França: O início do positivismo e a tese da unidade da ciência; a sociologia como ciência: Émile Durkheim; o estudo da imitação: Gabriel Tarde; e a psicologia das massas: Gustave LeBon. Passa pelo Desenvolvimento das Ciências Sociais na Alemanha: A consolidação da psicologia experimental; a *Völkerpsychologie*; o debate sobre a natureza científica da psicologia; e as idéias psicossociológicas no pensamento de Karl Marx. Passa também pelo Desenvolvimento das Ciências Sociais na Grã-Bretanha: O princípio da seleção natural; a teoria evolucionista de Herbert Spencer, e culmina com O Desenvolvimento das Ciências Sociais nos Estados Unidos: O início da sociologia norte-americana; o início do pragmatismo; e a consolidação da psicologia norte-americana. (ÁLVARO e GARRIDO, 2006, p.9)

Nos primeiros anos do século XX, muitos foram os caminhos pelos quais poderiam ter acontecido o desenvolvimento da Psicologia Social no contexto da Psicologia. O principal deles foi o da Psicologia dos Povos, desenvolvida por Wilhelm Wundt. Na Alemanha, apareceu uma outra corrente psicológica que teve uma grande influência no desenvolvimento da Psicologia Social, a psicologia da *Gestalt*. Dentro ainda dessa linha de desenvolvimento da Psicologia Social Psicológica nesse início de século, encontra-se a Teoria dos Instintos formulada pelo psicólogo social britânico William McDougall.

Na sequência, surge uma nova corrente teórica na Psicologia, o behaviorismo de John Broadus Watson, cujos princípios foram introduzidos na Psicologia Social por Floyd Allport. Ao mesmo tempo que a psicologia começava sua reflexão sobre os fatores sociais que determinam o comportamento individual, surgia na sociologia o interesse por analisar os determinantes psicológicos da vida social (ÁLVARO e GARRIDO, 2006).

Na linha do desenvolvimento da Psicologia Social no Contexto Sociológico, destaca-se o Manual de Psicologia Social, escrito pelo sociólogo Edward A. Ross, que costuma ser citado como exemplo no processo de consolidação da psicologia social tanto na psicologia como na sociologia. Diferentemente do que aconteceu na Psicologia Social Psicológica, cujo desenvolvimento começou na Europa, a Psicologia Social Sociológica teve início fundamentalmente nos Estados Unidos. Os principais autores que contribuíram para o desenvolvimento da Psicologia Social Sociológica norte americana são: Charles Horton Cooley e, principalmente, os sociólogos vinculados à Escola de Chicago, da qual algumas ideias originaram posteriormente o interacionismo

simbólico (ÁLVARO e GARRIDO, 2006). Percebe-se assim, que muitos textos foram escritos e produzidos tanto por psicólogos como por sociólogos para o desenvolvimento da Psicologia Social durante as duas primeiras décadas do século XX.

Nestes contextos, observa-se que a Psicologia Social se desdobra em “tradições”, as quais vão nortear a escolha e delimitação do(s) seu(s) objeto(s) de estudo, sobre os quais passa-se a discorrer a seguir.

No que se refere à Psicologia Social Psicológica, foram trabalhados na disciplina Psicologia Social, do Curso de Graduação em Psicologia do IESP, os seguintes temas: *influência social / conformidade, atitude, fenômenos grupais e cognição social*. Com base em Aronson, Wilson e Akert (2013), estes temas estão resumidos a seguir.

Assim, um dos assuntos que despertou interesse nos pesquisadores da Psicologia Social Psicológica foi a *influência social* e seus desdobramentos no comportamento dos indivíduos. Neste âmbito, destacam-se os experimentos utilizando-se do chamado *efeito autocinético*, realizados pelo psicólogo Muzafer Sherif, o qual, interessado no processo de formação das normas sociais, chegou à conclusão de que os grupos desenvolvem normas que governam o julgamento dos indivíduos que deles fazem parte. Sob influência de Sherif, Solomon Asch foi outro pesquisador que se interessou sobre o que leva o indivíduo a se conformar com as normas do grupo, mesmo quando evidente que o julgamento deste se encontra incorreto. E, posteriormente, inspirando-se nos estudos de Asch, o psicólogo Stanley Milgram realizou, a fim de examinar os limites de obediência e figuras de autoridade, um experimento (bastante contestado em termos éticos pela comunidade científica) no qual participantes, cumprindo ordens, culminaram por aplicar choques que julgavam quase letais a outros seres humanos. Milgram concluiu que as pressões normativas e informativas podem combinar-se para gerar níveis impressionantes de obediência (ARONSON, WILSON e AKERT, 2013).

Ainda sobre o fenômeno da *conformidade*, cumpre-nos destacar as conclusões sobre a existência das *influências sociais informativas e normativas*, relevantes para explicar muitos de nossos comportamentos sociais. As primeiras ocorrem quando o indivíduo se encontra numa situação ambígua e vê o comportamento dos outros como fonte de informação, usando-o como norte para agir. Tal influência implica numa aceitação privada daquela fonte informativa. Já na segunda forma de influência, o indivíduo muda o seu comportamento para ser aceito pelo grupo, evitando a dor da

rejeição. Aqui a aceitação é pública, não implicando numa aceitação privada das ideias e comportamentos dos demais membros (ARONSON, WILSON e AKERT, 2013).

Um outro constructo, trabalhado na disciplina, que despertou interesse nos psicólogos sociais dentro da perspectiva psicológica, foi a *atitude*, cuja compreensão torna-se relevante para a predição de comportamentos dos indivíduos, bem como é de grande aplicação ao mundo da publicidade, que busca a todo tempo influenciar nossas atitudes. De acordo com Aronson, Wilson e Akert (2013, p. 165), atitudes constituem uma avaliação duradoura feita de pessoas, objetos e ideias, e possuem componentes de três ordens: afetivos, cognitivos e comportamentais.

Um fato importante é que as atitudes podem ser mudadas. Assim, a *teoria da dissonância cognitiva*, proposta pelo psicólogo Leon Festinger, sugere que elas mudam quando há uma discrepância entre as crenças (atitudes) e os comportamentos. Quando isso acontece, surge a necessidade de eliminar ou reduzir essa “dissonância” ou desarmonia. A mudança de atitudes pode ocorrer ainda quando há uma comunicação persuasiva (o indivíduo é persuadido a mudar sua atitude). Neste ponto, vimos que há também uma importante influência das emoções na mudança de atitudes, como, por exemplo, pessoas em estado de espírito positivo tenderiam menos a analisar com cuidado uma mensagem do que pessoas em estado de espírito negativo (ARONSON, WILSON e AKERT, 2013).

O estudo dos *fenômenos grupais* também é campo relevante de análise da Psicologia Social Psicológica. Assim, os psicólogos sociais diferenciam os grupos não-sociais dos grupos sociais: nos primeiros, duas ou mais pessoas se encontram no mesmo lugar, ao mesmo tempo, mas não interagem entre si, já nos segundos, há interação e interdependência. No que toca aos grupos não-sociais, as investigações tenderam a se concentrar na observação dos comportamentos individuais quando na presença de um grupo, resultando na descrição dos seguintes fenômenos: *facilitação social*, quando o esforço individual pode ser avaliado, e assim a presença de outros melhora o desempenho em tarefas simples, e o piora em tarefas complexas; *indolência social*, quando o esforço individual não pode ser avaliado, e o desempenho piora em tarefas simples, mas melhora na execução de tarefas complexas; e, por fim, a *desindividuação*, quando há o afrouxamento das restrições normais ao comportamento, quando o indivíduo faz parte de uma multidão, passando a se comportar de maneira impulsiva e desviante (ARONSON, WILSON e AKERT, 2013).

De acordo com os citados autores, voltando-se para o estudo dos grupos sociais, os psicólogos da perspectiva estudada, debruçaram-se ainda sobre os papéis assumidos dentro de um grupo, e, dentre eles, o de líder, sendo elaboradas teorias que buscam explicar qual modelo de liderança seria mais efetivo, como a *teoria do indivíduo superior* e a *teoria da contingência da liderança*. Bem como tornaram-se relevantes os questionamentos: sobre a tomada de decisão dentro de um grupo na execução de diferentes tarefas; sobre o pensamento grupal, quando a manutenção da coesão e solidariedade do grupo é mais relevante do que a análise dos fatos de maneira realista; sobre a polarização do grupo e os conflitos e soluções existentes.

Por fim, cumpre-nos destacar ainda, no âmbito da Psicologia Social tal qual praticada na tradição psicológica, a *cognição social*, cujos estudos buscam explicar, no dizer de Ferreira (2010, p. 54), os modos pelos quais as pessoas pensam sobre si mesmas e sobre as coisas, acrescentando ainda que tal temática dedica-se à análise do conteúdo das representações mentais e os mecanismos que se encontram implícitos ao processo de informação social. O *self*, como um auto esquema, a formação de impressões, a percepção e os estereótipos são todos fenômenos investigados neste contexto.

Como ideia central, tem-se que as informações sociais seriam representadas cognitivamente sob a forma das chamadas *estruturas mentais* denominadas de *esquemas sociais*. Através do processo psicológico de percepção, o indivíduo identifica características salientes no objeto percebido, e procura esquemas semelhantes na memória, usando-os para realizar suas deduções acerca do percepto. Em meio a tal processo, as pessoas realizam julgamentos mais automáticos ou mais reflexivos. Consoante com Aronson, Wilson e Akert (2013, p. 53 e 54), o *pensamento automático* pode ser definido como um pensamento inconsciente, não-intencional, involuntário e fácil, já o *pensamento controlado*, como consciente, intencional, voluntário e que requer esforço. Ferreira (2010, p. 54) acrescenta que, muitos dos julgamentos sociais ocorrem de forma inconsciente. A autora destaca ainda que as pesquisas mais recentes apontam a interação dos afetos e motivações individuais com as cognições, na determinação do comportamento social.

Assim, dada uma visão geral sobre os temas relevantes no âmbito da Psicologia Social Psicológica, passar-se-á a discorrer sobre o que foi estudado da tradição da Psicologia Social Sociológica, de acordo com Álvaro e Garrido (2006), Coutinho e Saraiva (2013) e Saraiva (2010).

Importante salientar que as duas tradições inicialmente caminharam juntas, em termos teóricos e metodológicos, mas, a partir da década de 70, motivada, em linhas gerais, pela crise da Psicologia Social (norte-americana), a Psicologia Social europeia passou a adquirir uma identidade própria, demonstrando uma maior preocupação com a estrutura social, enfatizando, dessa forma, o caráter social da disciplina.

Três conceitos essenciais destacam-se e serão aqui apresentados: a *identidade social*, de Henri Tajfel, a *representação social*, de Serge Moscovici e a *abordagem societal*, de Willem Doise.

De acordo com Álvaro e Garrido (2006), o primeiro autor estudado, Henri Tajfel, interessando-se inicialmente pela investigação do preconceito e dos comportamentos intergrupais e interpessoais, desenvolveu experimentos a fim de compreender a forma como surge a discriminação entre os grupos, elaborando a partir daí a sua *teoria da identidade pessoal*, objetivando investigar o que acontece na percepção que o indivíduo tem de si quando passa a fazer parte de um grupo.

O experimento de Tajfel, que se tornou emblemático para subsidiar sua teoria, foi o experimento sobre o paradigma do grupo mínimo. O objetivo da investigação era determinar quais eram as condições mínimas necessárias para que uma pessoa se sentisse membro de um grupo e se diferenciasse de um exogrupo. Estava em jogo um procedimento em que o pertencimento a um grupo poderia ser o suficiente para instigar uma forma rudimentar de preconceito comportamental, ou seja, o tratamento diferenciado dos membros do endogrupo e do exogrupo. O autor concluiu que, ao instituir um senso de pertencimento ao grupo, o indivíduo tende a assumir seus estereótipos, passando a estabelecer comparações entre grupos internos e externos, tendendo, assim, a uma espécie de favoritismo endogrupal, ou, em outras palavras, a mera consciência de pertença a um grupo, em oposição a outro, causa discriminação. (ÁLVARO e GARRIDO, 2006),

Dessa forma, Tajfel estruturou sua teoria a partir de três conceitos essenciais: a *categorização social*, processo através do qual a informação que recebemos de fora é organizada e ordenada, o qual faz com que o indivíduo enxergue as diferenças entre as pessoas que pertencem a diferentes grupos, e que minimize as diferenças existentes em cada grupo; a *identidade social*, relacionada com o conhecimento pela pessoa acerca de sua filiação a certos grupos sociais, e com a significação emocional e valorativa que resulta desta filiação; e a *comparação social*, resultante no sentimento de pertença ao grupo.

No que toca ao estudo das *representações sociais*, na perspectiva da Psicologia Social Sociológica, segundo Coutinho e Saraiva (2013, p. 73), a obra de Serge Moscovici, intitulada *La psychanalyse, son image et son public* (1961/1976), constituiu um marco para a Psicologia Social, ao romper com a Psicologia de ênfase mais psicológica, e propor uma ciência que dialogasse com as ciências humanas e sociais como um todo, bem como uma teoria que objetivasse a compreensão ampla dos processos de construção do conhecimento na esfera das relações sociais, atentando-se ainda para a comunicação, para a linguagem.

Na leitura de Coutinho e Saraiva (2013) à obra de Moscovici, as representações sociais de um grupo constituem o resultado de um processo de transformação daquilo que é não-familiar e não-conhecido, em algo familiar e particular. São conceituadas como um modelo recorrente e compreensível de imagem, crenças e comportamentos simbólicos, que se mostram semelhantes a teorias que se ordenam ao redor de um tema (perspectiva estática), e ao mesmo tempo, podem ser definidas como uma “rede de ideias”, metáforas e imagens, mais ou menos interligadas livremente, e, por isso, mais móveis e fluidas do que teorias (perspectiva dinâmica).

As representações sociais têm quatro importantes funções: formação de condutas; orientação das comunicações sociais; identitária (conservação da imagem e a especificidade dos grupos sociais); e justificativa de comportamentos. E são originadas a partir de dois processos: a *ancoragem* e a *objetivação*. Consoante Álvaro e Garrido (2006, p. 296), a ancoragem consiste em projetar sobre o mundo um sistema de categorias conhecido, para incluir em uma trama familiar as pessoas e os fenômenos do ambiente, possuindo duas fases, a *classificação* e a *denominação*, através das quais conferimos alguns atributos às pessoas ou objetos do meio. Na objetivação, as entidades abstratas ou categorias encontram um material de referência ao qual se vinculam, possuindo também duas fases, a *transformação icônica*, através da qual há uma associação entre conceito e imagem, e a *naturalização*, quando as imagens se tornam realidades concretas.

Da teoria de Moscovici, derivaram microteorias, complementares: as abordagens de Denise Jodelet, de Jean-Claude Abric e de Willem Doise, sendo esta última tratada a seguir.

Conforme Saraiva (2010), segundo a *abordagem societal* de Doise, para o estudo das representações sociais, faz-se necessária uma articulação entre o sistema cognitivo e o metassistema social, defendendo a ideia de que todo estudo da

representação social impõe um estudo comparativo dos grupos sociais, pois o objeto representacional encontra-se inserido num ambiente ativo, que é estruturado a partir de uma realidade social. A perspectiva societal de Doise recorrerá a quatro níveis de análise no estudo das representações sociais: o *intraindividual*, o *interindividual*, o *intragrupal* e o *intergrupal*. Além dos quatro níveis de análise observados, o modelo proposto trabalha em três diferentes fases de análise, pressupondo uma hipótese de base, específica para cada fase. As três hipóteses da abordagem societal são: *organização do campo representacional* (processo dotado de operações cognitivas, tais como seleção, categorização e esquematização), *princípios organizadores das diferenças individuais* (construtos sociais que atuam na organização das dicotomias, adaptações, assimilações e sincronizações que intervêm na dinâmica da propaganda, propagação e difusão) e *ancoragem social no sistema significativo simbólico* (refere-se às explicações ideológicas/sociais).

Construída uma visão geral sobre as perspectivas da Psicologia Social Psicológica e Sociológica, cumpre-nos delinear os contornos de uma Psicologia Social voltada para um contexto social, político e econômico, diversificado: *a Psicologia Social latino-americana*, de acordo com Ferreira (2010).

A Psicologia Social latino-americana teve como influência dominante até meados da década de 70, a *Psicologia Social Psicológica*. Num contexto de crise desta última, críticas foram levantadas, principalmente no que toca ao seu individualismo. À época, os regimes ditatoriais instituídos, e um contexto de profundas desigualdades sociais existentes nos países latino-americanos, impulsionaram uma reflexão sobre o papel da Psicologia Social frente à tal cenário. Neste âmbito, destaca-se a *Psicologia Social da Libertação*, proposta por Martin-Baró, a qual defendia uma prática comprometida com a realidade sócio-histórica latino-americana, um engajamento entre o saber e o fazer psicológicos com as lutas populares. Na Venezuela, destaca-se Maritza Montero, por questionar a prática vigente em Psicologia, destacando a relevância da pesquisa e intervenção sobre os problemas sociais existentes. Tais perspectivas caracterizam uma *Psicologia Social Crítica*, que também tem sido, a partir da década de 70, uma tendência crescente na Psicologia Social brasileira, destacando-se os nomes de autores como Silvia Lane e Vanderley Codo (FERREIRA, 2010).

Discorrendo brevemente sobre a produção nacional, é sabido que, na década de 30 do século passado, surgiram os primeiros cursos de Psicologia Social. Nesta época, destaca-se o nome de Raul Carlos Briquet, a quem coube o pioneirismo docente. O

médico e docente Arthur Ramos publicou o manual *Psychologia Social*, em 1936. A institucionalização da Psicologia Social somente ocorreu em 1962. Aroldo Rodrigues é outro nome relevante, tendo publicado o livro *Psicologia Social*, em 1972, de ampla utilização nos cursos de Psicologia Social. Um marco para a disciplina no Brasil, foi a criação, em 1980, da ABRAPSO – Associação Brasileira de Psicologia Social (FERREIRA, 2010).

Atualmente, de acordo com o citado autor, é importante mencionar que, no Brasil, tem-se preferido pesquisas de natureza mais qualitativo-descritivas, optando-se por uma linha mais sociológica e crítica, contando o país com importantes pesquisas que buscam investigar os fenômenos sociais que emergem da realidade nacional.

Diante do exposto, foram apresentadas as tradições da Psicologia Social, a partir das anotações da professora e dos alunos de graduação do Curso de Psicologia, com base nos estudos da disciplina de Psicologia Social, utilizando o método de pesquisa bibliográfica descritiva e reflexiva.

### **Considerações Finais**

Ao longo da disciplina curricular Psicologia Social, do Curso de Psicologia do IESP, estudada no período letivo 2018.1, observamos o quanto ampla é essa ciência, no sentido de que proporciona diversos objetos de estudo. Vimos ainda que existem perspectivas ou formas diversas de se debruçar sobre os fenômenos sociais, ora focalizando o indivíduo, ora o coletivo. Pudemos observar também que as tradições, as quais optam por uma metodologia ou outra, pelo debruce de um fenômeno ou outro, advieram de um contexto geográfico, histórico, social. Assim é que emerge, por exemplo, uma Psicologia Social Crítica, Comunitária. E isso nos remete aos ensinamentos apresentados no início da disciplina, através da professora Ana Bock, sobre o fato de que, na verdade, não há um consenso no que concerne ao objeto da Psicologia Social, para alguns visto como o comportamento em interação social, e para outros como a dimensão subjetiva dos fenômenos sociais.

Gonçalves e Bock (apud BOCK, FURTADO e TEIXEIRA, 2008, p. 184) nos ensinam: *interessa a essa área compreender os fenômenos sociais a partir da análise da subjetividade que vai sendo construída ou modificada no decorrer da atuação e inserção social dos sujeitos e, ao mesmo tempo, vai construindo os fenômenos.*

Nesta tela, destacam-se os esforços aplicados aos psicólogos sociais que, durante o trajeto dessa disciplina, engajaram-se em não se conformar com os modelos clássicos, alterando e dinamizando cada vez mais o contexto articulado e vivenciados pelas pessoas dentro de sua realidade social, comprometendo-se com o real entendimento do progresso e ininterrupto processo de transformações que é a sociedade, ao qual o indivíduo está inserido.

O processo de produção acadêmica de professor e alunos, ora constatado no texto do presente capítulo, remete à reflexão sobre a importância das pesquisas para construção do conhecimento. A mensagem de que não somos ou seremos meros aplicadores ou leitores dos Manuais prontos, mas sim futuros profissionais, fazedores, construtores da Psicologia. Porque, independente da área de atuação escolhida, a realidade se apresentará, dinâmica, com lacunas a serem preenchidas, o novo baterá a nossa porta, convidando-nos a posicionar, a tomar decisões.

Assim, a Psicologia Social e a Psicologia como um todo trazem-nos a possibilidade de realizarmos uma atividade crítica e criadora, cumprindo-nos uma tomada de consciência diante de nosso papel como estudantes e futuros profissionais, em uma ciência reconhecidamente fundamental ao bem-estar, individual e coletivo.

Estas anotações realizadas pela professora e alunos em sala de aula, diante do conteúdo abordado, instigaram a curiosidade de todos, que, ao fim do semestre letivo, demonstraram grande evolução, compreendendo tanto a influência, o papel e os comportamentos do homem nos grupos sociais, quanto as relações interpessoais, além de dar um enfoque nos processos mentais subjacentes às relações sociais. A Psicologia Social possui um campo temático demasiadamente rico e extenso, formado a partir das ciências sociais e humanas, o que é certamente de suma importância para a formação do futuro profissional psicólogo.

### Questões norteadoras

Com base na leitura das anotações dos alunos sobre a disciplina Psicologia Social, responda as seguintes questões:

- 1- Qual a temática da Psicologia Social Psicológica lhe chamou mais atenção?
- 2- Quais os principais fenômenos sociais que foram estudados pela Psicologia Social Sociológica?

3- Como a Psicologia Social Latino-americana tem repercutido nos estudos no Brasil e na Paraíba?

### Referências Bibliográficas

ÁLVARO, J. L. & GARRIDO, A. *Psicologia Social: perspectivas psicológicas e sociológicas*. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

ARONSON, E.; WILSON, T. D. & AKERT, R. M. *Psicologia Social*. 3ª edição, Rio de Janeiro: LTC, 2013.

BOCK, A. M. B; FURTADO, O; TEIXEIRA, M. L. T. *Psicologias: Uma introdução ao estudo de psicologia*. 14. Ed. São Paulo: Saraiva, 2008.

CAMINO, L., & TORRES, A. R. R. Origens e desenvolvimento da Psicologia Social. In L., Camino, A. R. R., Torres, M. E. O., Lima & M. E., Pereira. (Eds.), *Psicologia Social: Temas e teorias* (pp. 23-101). Brasil: Technopolitik, 2015.

COUTINHO, M. P. L. & SARAIVA, E. R. A. *Teoria das Representações Sociais*, In: Alves, NT et al. *Psicologia: reflexões para ensino, pesquisa e extensão*, vol. II, João Pessoa: ed. da UFPB, 2013.

FERREIRA, M. C. *A Psicologia Social contemporânea: principais tendências e perspectivas nacionais e internacionais*. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, vol. 26, 2010. Visto em <http://periodicos.unb.br/index.php/revistapt/article/view/20710/14761>

SARAIVA, E. R. de A. *Violência contra idosos: aproximações e distanciamentos entre a fala do idoso e o discurso da mídia impressa*. Tese de Doutorado. UFPB, 2010.

## 9 A resistência galvânica periférica (RGP) na psicofisiologia da experiência artística

Danilo Andrade de Menezes, Antônio Augusto Albuquerque Vaz

### Introdução

O estudo sobre a bioeletricidade animal nos remonta aos estudos de Luigi Galvani com rãs decapitadas, em 1760. Quando esses animais estavam pendurados em uma haste de cobre e uma de suas patas tocava um balcão de ferro próximo, os músculos eram contraídos. Galvani, que já conhecia o fenômeno em peixes, começou a aplicar choques para o modelo animal anfíbio. Ele observou que mesmo sem a aplicação do choque, as patas posteriores poderiam se contrair e resolveu estender sua pesquisa para a estimulação elétrica nos nervos desses animais. Para ele, o nervo e o

músculo formavam um condensador peculiar nos sistemas biológicos. Galvani foi criticado por Alejandro Volta, que conseguira construir um gerador químico de eletricidade, assim, o sistema nervoso seria apenas um condutor e não um condensador, como propusera Galvani. Hoje sabemos que ambos estavam certos (GARCIA, 1998).

Dentre os fenômenos bioelétricos mais conhecidos a nível celular está o *potencial de ação*: uma alteração rápida no potencial de membrana celular do neurônio, seguido por um súbito regresso ao potencial de repouso da mesma. Em nervos, como os estudados por Galvani, foi descrito o *potencial de ação composto*, formado pela soma algébrica das fibras mielinizadas de rápida condutância (Tipo A), das fibras mielinizadas de intermediária condutância (Tipo B) e das fibras desmielinizadas de baixa condutância (Tipo C). Entre os três tipos, as que são excitadas mais rapidamente as mais calibrosas, de menor limiar (A>B>C) (MENESES, 2011).

A sudorese desenvolve um papel importante na regulação térmica e mantém a pele em níveis de excitabilidade ótimos para a discriminação sensorial, mas também possui uma forte relação com a excitação por estados emocionais. A secreção de suor altera as propriedades elétricas da pele, e ao conjunto dessas propriedades damos o nome de atividade eletrodérmica, que pode ser medida de forma não invasiva nas pesquisas em psicofisiologia – área de conhecimento interdisciplinar que estuda a base fisiológica das funções motoras, especialmente no que se refere aos reflexos, à postura, ao equilíbrio, à coordenação motora e ao mecanismo de execução dos movimentos (BENEDEK; KAERNBACH, 2011).

## **Desenvolvimento**

Já está bem estabelecido na literatura da neurobiologia que o cérebro, junto com a medula espinhal, faz parte do sistema nervoso central (SNC). Mas compondo a divisão do sistema nervoso está também o sistema nervoso periférico, que inclui receptores sensoriais, nervos e gânglios. SNC pode ser dividido em mais dois subsistemas: o voluntário e o autônomo. O primeiro está envolvido com o comando para os músculos esqueléticos, resultando em ações voluntárias. O segundo comanda ações involuntárias conduzindo-as para a homeostasia, modulando a contração de músculos liso e cardíaco, temperatura corporal, digestão, respiração e de glândulas

secretoras. O sistema nervoso autônomo (SNA) ainda se divide em dois grupos de sistema nervoso autônomo: *simpático e parassimpático* (MENESES, 2011).

A pele é um órgão innervado por aferentes sensoriais proprioceptivos e por eferentes das divisões simpática e parassimpática do sistema nervoso autônomo. Ambas as divisões autonômicas controlam a microcirculação da pele, agindo no controle na túnica muscular microvascular. A divisão simpática também exerce controle direto sobre músculos eretores de pelos e glândulas sudoríparas écrinas (de ampla distribuição, apesar de não homogênea, responsáveis pela sudorese geral) e apócrinas (responsáveis pela sudorese especial de axilas e regiões perianais) (RUOCCO et al., 2003).

Os níveis de condutância de pele são modulados pelo sistema nervoso simpático, ativado quando o organismo experimenta emoções, promovendo o suor psicológico, atividades físicas e cognitivas, e por sistemas de controle fisiológico local na pele. Existem pelo menos dois sistemas neuroquímicos de inervação sudorípara, conduzindo a alterações eletrodérmicas (Fig.1): um sistema colinérgico, e um sistema catecolaminérgico simpático. Seus neurônios eferentes têm seus corpos abrigados na substância cinzenta lateral da medula espinhal (ou corno lateral ou substância cinzenta intermediária da medula espinhal) distribuída entre os segmentos torácico T1 e lombar L1, e são referidos como neurônios pré-ganglionares simpáticos. Os axônios destes neurônios deixam a medula através da raiz ventral dos nervos espinhais dos respectivos segmentos e, após um diminuto percurso, parte destes adentra o tronco simpático, uma cadeia de gânglios (denominação empregada para os aglomerados de corpos neuronais localizados fora das caixas ósseas que abrigam o sistema nervoso central, isto é, crânio e coluna vertebral) interconectados por axônios, alinhados verticalmente com a coluna vertebral, abrigando os corpos dos neurônios ditos pós-ganglionares (porque seus axônios deixam a cadeia ganglionar), com os quais acabam estabelecendo sinapses terminais ou colaterais (MACHADO, 1983).

Uma outra fração dos axônios simpáticos pré-ganglionares, que deixam a medula espinhal pela raiz ventral dos nervos espinhais, cursa para além do tronco simpático e termina, em gânglio ditos pré-vertebrais, distribuídos pelo tronco corporal e a meio caminho entre a medula e os alvos finais. A localização dos corpos e dendritos dos efeitores simpáticos pré-ganglionares no corno lateral os coloca em relação de vizinhança anatômica e sob controle direto em algum nível dos aferentes

proprioceptivos e sensoriais viscerais que ascendem a medula pela via ascendente sensorial anterolateral, e que veiculam, portanto, informações sobre tato, pressão, dor, temperatura, distensão de parede visceral de órgãos e sistemas de trânsito e armazenamento como bexiga e tubo digestório, por exemplo, além da propriocepção de membros inferiores e indiretamente, dos superiores (MACHADO, 1983).

Estudos recentes em humanos confirmam que núcleos, como a área pré-óptica, que integram o anteriormente o hipotálamo, complexo nuclear diencefálico comprovadamente comprometido com ajustes homeostáticos e controle de comportamentos vitais que se utilizam do sistema nervoso autônomo como efetores, encontram-se ativos na sudorese termoinduzida experimentalmente (termogênica); acompanham esta ativação, nestas condições, regiões mesodorsais do córtex do cíngulo (envolvidas na integração das respostas comportamentais e autonômicas e desconforto térmico), e anterior do córtex insular (envolvida na representação de estados corporais), além do mesencéfalo, segmento do tronco encefálico, enquanto loja de circuitos efetores interpostos entre o hipotálamo e os núcleos de regulação simpática do tronco (FARREL et al., 2014).

Estudos menos recentes (CRITCHLEY et al., 2000), também em humanos, que revisitaram uma situação experimental de jogo e risco, sabidamente psicogênica (BECHARA e et al., 1997), revelam à ressonância magnética funcional o envolvimento de extensas áreas corticais e cerebelo, e arrisca, através de análise por covariância, a discriminação de regiões comprometidas com o monitoramento dos ajustes autonômicos periféricos, daquelas que atuariam no comando superior autonômico. O envolvimento de áreas associadas à regulação da emoção e da atenção foi sugerido neste estudo.

Ainda em humanos, medidas de atividade eletrofisiológica recolhidas diretamente do parênquima cerebral, com o emprego da técnica de eletrocorticograma, juntamente com a avaliação do potencial elétrico em nível temporal – o eletroencefalograma – sugerem que a condutância de pele seria controlada de forma ipsilateral. Um estudo feito em 1996 revelou que regiões corticais, subcorticais límbicas e núcleos da base telencefálicos do hemisfério esquerdo enviariam neurônios efetores (reguladores) dos centros autonômicos do sistema nervoso axial do lado esquerdo do corpo e, regiões correspondentes do lado direito do cérebro, para aqueles do lado direito. No mesmo estudo foi observada também uma correlação significativa

dos níveis de ativação bilateral da amígdala, do giro do cíngulo e hipocampo, com os níveis registrados de condutância galvânica (MANGINA; BEUZERON-MANGINA,1996), sugerindo-os como efetores de ordem superior aos centros hipotalâmicos e medulares, e que presumivelmente integrariam as adequações homeostáticas (antecipatórias e adaptativas) embutidas nas respostas galvânicas de pele com aspectos conscientes e não conscientes do engajamento cognitivo-afetivo-motor da experiência individual. Ilustrando este papel, encontramos evidências de que os núcleos da base seriam moduladores diretos dos níveis de condutância de pele.

Já foi demonstrado que, em gatos, o núcleo caudado do *corpus striatum* funciona como regulador da sudorese, revelando uma ação direta, de duplo caráter, excitatório e inibitório, em condições nas quais a atividade hipotalâmica é suprimida por bloqueio farmacológico (anestesia) (WOLFRAM, 2012). Outros estudos sugerem que o corpo estriado, núcleos do assoalho do cerebelo, e o córtex frontal, ao inibir a parte ventromedial da *formação reticular* durante a vigília, poderiam modular indiretamente a secreção de suor por inibir as vias descendentes inibitórias desta porção da formação reticular para os centros efetores simpáticos medulares (WOLFRAM, 2012).

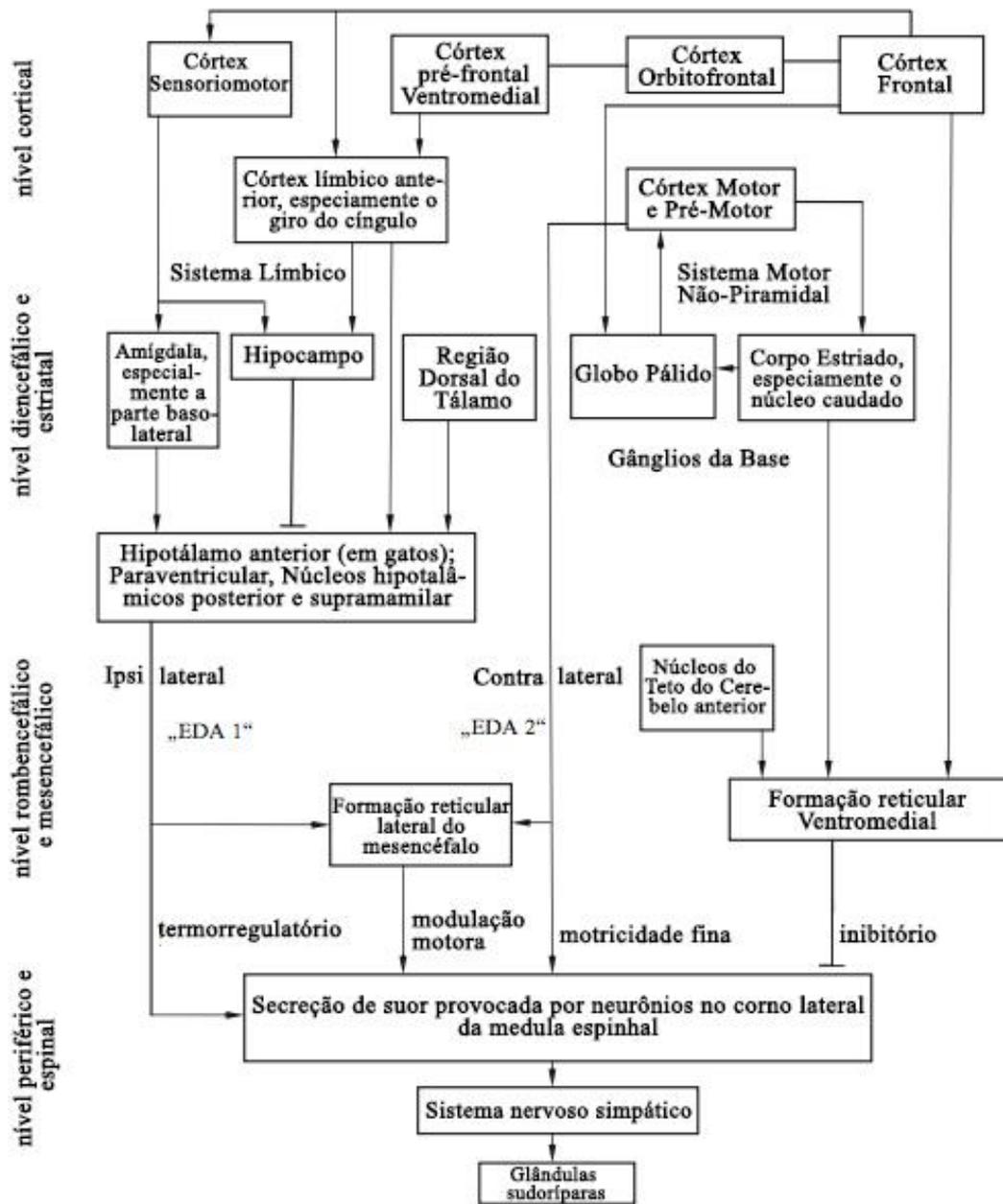


Fig.1. Diagrama em que se processa os múltiplos níveis de condutância de pele (De cima para baixo). Os dois principais sítios de onde saem a bioeletricidade que é descarregada na pele são o sistema límbico e o sistema motor não-piramidal. Fonte: WOLFRAM, 2012.

As evidências experimentais sugerem que os níveis secretórios das glândulas sudoríparas estejam sob comando direto do sistema nervoso simpático, mas seriam modulados por processos locais, mais bem estabelecidos pela psicofisiologia.

Há ampla evidência, tanto empírica quanto experimental controlada, de que os fenômenos eletrodérmicos são gerados pela atividade das glândulas sudoríparas écrinas, como vimos, de distribuição generalizada pelo corpo e densidade não homogênea, incluindo regiões providas e desprovidas de pelos (superfícies palmar e plantar, por exemplo). No entanto, dois aspectos distintos da fisiologia da sudorese parecem discriminar respostas elétricas da pele de cunho essencialmente termoregulatório, daquelas que responderiam a estímulos psicogênicos (EDELBERG, 1983; DEMENTIENKO et al., 1998).

Quando a atividade da glândula é abolida em seres humanos ocorre ausência de condutância de pele ou redução em condutâncias locais. Embora transmissão simpática pós-ganglionar geralmente seja adrenérgica, a transmissão sudomotora pós-ganglionar é colinérgica, usando a acetilcolina como um transmissor sináptico, que age sobre receptores muscarínicos colinérgicos, ainda que não exclusivamente. O segmento secretor da glândula sudorípara está localizado no tecido subcutâneo. O suor é descarregado pelo bulbo capilar, seguindo para a epiderme através da derme, terminando em um poro, na superfície da pele (Fig. 2). Ao que se sabe, quanto maior a densidade dessas glândulas em uma região, maior a magnitude do sinal elétrico de condutância gerado em resposta à aplicação instrumental de um campo elétrico, mantidas constantes as condições que poderiam levar a um aumento fisiológico da secreção sudorípara. Nos seres humanos essas regiões são: pés, palmas das mãos, antebraços, testas e bochechas. Dadas as variabilidades estruturais e bioquímicas intrínsecas entre glândulas, cada uma, inervada por um conjunto de fibras, possui presumivelmente diferentes limites de ativação, mas a atividade de todas produz uma resposta que é unificada nos sistemas exosomáticos de registro geralmente adotados nos estudos de condutância eletrodérmica. A atividade sudomotoras é conhecida por ser modulada pela respiração e pelo ciclo cardíaco (BENEDEK; KAERNBACH, 2011).

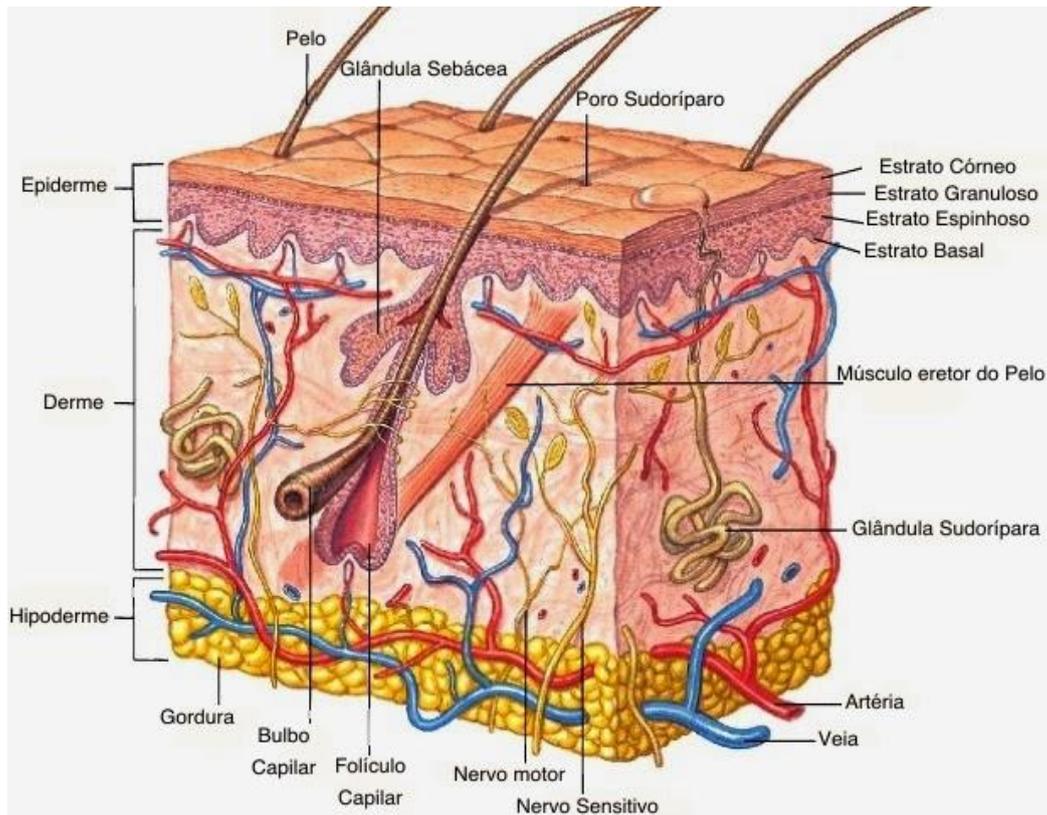


Fig 2 - Representação histológica de uma glândula sudorípara circundada por terminações nervosas. Fonte: <http://clenicaplenna.blogspot.com.br/2013/10/qual-e-o-melhor-tratamento-para-as.html>.

Comandos do sistema nervoso autônomo simpático atuam sobre as propriedades eletrodérmicas da pele produzindo o que chamamos de respostas galvânicas da pele (RGP). O termo RGP pode se referir a uma variedade de fenômenos responsivos da atividade elétrica da pele: resistência, condutância, e impedância. Alguns aparelhos medem tipos específicos das referidas atividades. A condutância de pele é tradicionalmente mensurada por dois tipos de medida: a atividade tônica e a fásica, sendo a segunda sempre sobreposta à primeira. A atividade tônica é caracterizada pelos níveis de estabilização dos níveis fisiológicos, variando de forma lenta (entre dezenas de segundos a minutos) e frequentemente ondulatória, dependendo do estado psicológico, hidratação, e regulação autonômica. Corresponde à dinâmica de condutividade da pele na ausência de qualquer estímulo ambiental discreto, ambiente ou particular ao indivíduo (autoinfrigido). A atividade fásica é dada por estímulos de mudanças rápidas ocasionadas por eventos ambientais discretos, esforço motor, cognitivo, vivências não conscientes etc. (DEMENTIENKO et al., 1998). Geralmente estes transientes aparecem como alterações relativamente abruptas na condutância (picos) de amplitude ente 0,01 e 0,05 mS (vide Fig. 3). A atividade fásica é relatada como a resposta relacionada ao

estímulo, análoga aos já estabelecidos *event related potentials* (ERP, potenciais relacionados a evento) corticais, porém em níveis de condutância de pele (RCP).

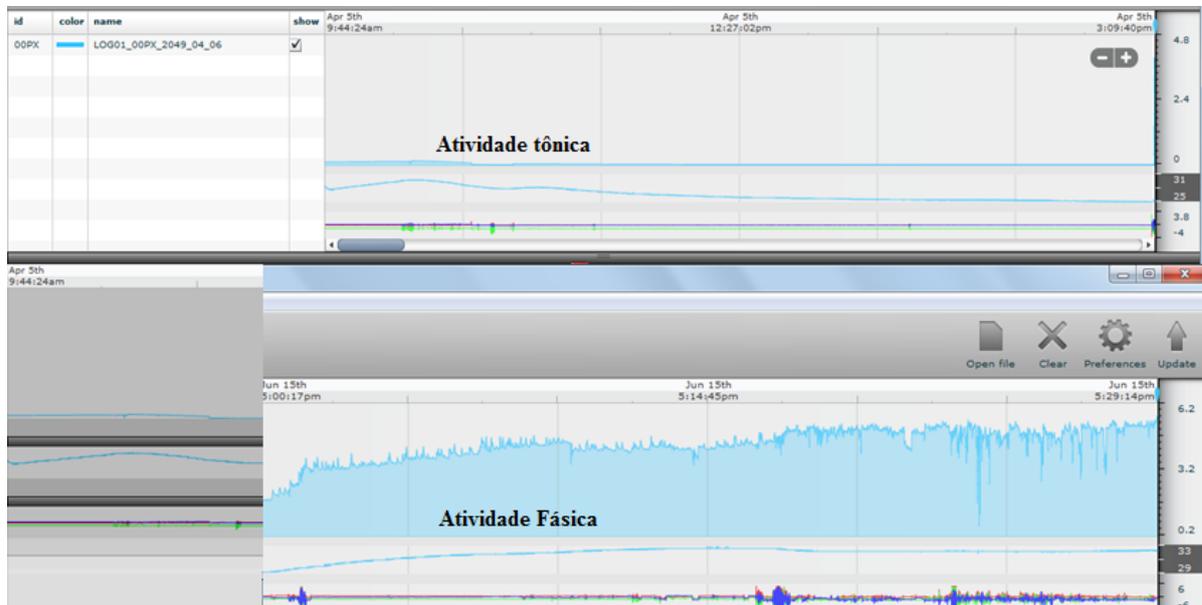


Fig 3. Atividades tônica e fásica captadas por um sensor de condutância de pele. Na barra superior (atividade tônica) existe uma linha horizontal que representa a voltagem(em  $\mu\text{v}$ ) em função do tempo, uma linha azul mais inferior com forma ondulada representa a temperatura e outra linha abaixo da temperatura representa os ângulos de movimentação do punho ou pé em 3 dimensões(X,Y e Z). Na atividade fásica (quadro inferior) todos os parâmetros (voltagem, temperatura e movimento do membro) estão mais destacados. Fonte: Foto retirado no tratamento dos dados desta dissertação, os nomes “atividade tônica e fásica” foram acrescentado em seguida.

A psicofisiologia da emoção teve início com a descoberta do *Circuito de Papez*, áreas que posteriormente englobariam as regiões do cérebro que estariam envolvidas com o sistema límbico, responsável pela produção dos nossos estados emocionais. Até os dias de hoje, as emoções de cunho positivo tem sido menos estudadas que as negativas. Grande parte dos estudos se encaminhou para confirmar a teoria de James-Lange, em que estímulos externos poderiam induzir emoções que elegeriam um conjunto de respostas fisiológicas, retroalimentadas (*feedback*) por aferentes proprioceptivos provenientes dos músculos e sensoriais, dos órgãos dos sentidos, concorrendo para moldar em algum nível nossas sensações emocionais psíquicas. Uma interpretação que vem se mantendo de forma predominante é de que as sensações

emocionais psíquicas seriam resultado, e não causa, das respostas fisiológicas emocionais e de respostas cognitivo-comportamentais não conscientes (BECHARA et al., 1997; CARLSON, 2008). BERRIGE (2013) e colaboradores descrevem que as emoções positivas ou prazerosas, como as que estão relacionadas com recompensas sensoriais em contexto evolutivo, envolveriam três fatores: 1) Afeto hedônico para o prazer de si mesmo; 2) Motivação para recompensas e 3) Aprendizagem relacionada à recompensa. Estudos baseados em medidas de condutância de pele que se correlacionariam com categoriais motivacionais e atencionais das emoções vêm sendo realizados em experiências de apreciação de música e cinema, sendo estas últimas ainda mais efetivas na eleição de respostas galvânicas (BENEDEK; KAERNBACH, 2011). Músicas inesperadas demonstram maior resposta na condutância em relação a músicas conhecidas (KOELSCH et al., 2008). Em uma outra frente investigativa, quando comparadas às medidas de condutância de pele de um grupo de bailarinos nas situações de ensaio e de apresentação em palco para uma plateia de voluntários, a condutância se demonstrou maior no último ensaio antes da apresentação oficial (BENECK; KAERNBACH, 2011; HELIN, 1988).

### **Considerações finais:**

A bioeletricidade humana é gerada em partes específicas do encéfalo, principalmente o sistema límbico e gânglios da base, e tem como destino final o maior órgão do corpo humano, a pele. A secreção de suor altera as propriedades elétricas da pele que pode ser medida de forma não invasiva nas pesquisas em psicofisiologia. Os níveis de condutância de pele são modulados pelo sistema nervoso simpático, ativado quando o organismo experimenta emoções, promovendo o suor psicológico, atividades físicas e cognitivas, e por sistemas de controle fisiológico local na pele. Sendo assim, situações comportamentais em que o indivíduo se movimenta durante a elaboração de fortes emoções, como a experiência artística, podem ser ditas ótimas para a medição em condutância de pele.

### **Questões para reflexão:**

1) Qual a relação da eletricidade humana com o Sistema Nervoso autônomo?

2) Qual a relação da circuitaria neural na produção de eletricidade humana com a emoção?

3) Qual a diferença, do ponto de vista neurobiológico, entre atividade tônica e atividade fásica?

**Referências:**

BENEDEK, Mathias; KAERNBACH, Christian. Physiological correlates and emotional specificity of human piloerection. **Biological Psychology**, v. 86, n. 3, p. 320-329, 2011.

BECHARA, A.; DAMASIO, H.; TRANEL, D.; DAMASIO, A.R. Deciding advantageously before knowing the advantageous strategy. **Science**. v. 275, n. 5304, p. 1293-5, fevereiro, 1997.

BERRIDGE, K.C.; KRINGELBACH, M. L. Neuroscience of affect: Brain mechanisms of pleasure and displeasure. **Current Opinion in Neurobiology**, v. 23, n. 3, p. 294–303, Junho, 2013.. doi: 10.1016/j.conb.2013.01.017.

CARLSON, N.R. **Fisiologia Do Comportamento**. 7. ed. Barueri: Manole, 2002.

CRITCHLEY, H.D.; CORFIELD, D.R.; CHANDLER, M.P.; MATHIAS, C.J.; DOLAN, R.J. Cerebral correlates of autonomic cardiovascular arousal: a functional neuroimaging investigation in humans. **The Journal of Physiology**, v. 15, n. 523, p. 259-270, 2000.

DEMENTIENKO, V.V.; DOROKHOV, V.B.; KORENEVA, L.G.; MARKOV, A.G., TARASOV, A.V.; SHAKHNAROVITCH, V.M. Hypothesis about the nature of electrodermal reactions. **Journal of Psychophysiology**, v.30, n.1-2, p.267, 1998.

EDELBERG, R. The effects of initial levels of sweat duct filling and skin hydration on electrodermal response amplitude. **Psychophysiology**, v. 20, n. 5, p.550, 1983.

FARRELL.B.J. BULGAKOVA, M.A. BELOOZEROVA, I. N. SIROTA.M.G. Body stability and muscle and motor cortex activity during walking with wide stance. **Journal of Neurophysiology**, v. 112. p.504-524, 2014.

GARCIA, E. A.C. **Biofísica**. São Paulo: Sarvier,1998.

HELIN, Pern. Activation in professional ballet dancers. **Physiology & Behavior**, v. 43, n. 6, p. 783-787, 1988.

KOELSCH, S.; KILCHES, S.; STEINBEIS, N.; SCHELINSKI, S. Effects of unexpected chords and of performer's expression on brain responses and electrodermal activity. **Plos One**, v. 3, n.7, p. 2631, 2008.

MANGINA,C.A. BEUZERON-MANGINA,J.H. Direct electrical stimulation of specific human brain structures and bilateral electrodermal activity. **International Journal of psychophysiology**. v.22(1-2) p, 1-8, 1996.

MACHADO, Angelo B.M. **Neuroanatomia funcional**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1983.

MENESES, D.A. **Efeitos do óleo essencial do tomilho (Thymus capitatus L.) e do seu principal componente, o carvacrol, sobre o nervo isolado de ratos**. 72 p. Monografia. Curso de Ciências Biológicas.. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011.

RUOCCO I.; CUELLO, A.C.; PARENT, A.; RIBEIRO-DA-SILVA, A. Skin blood vessels are simultaneously innervated by sensory, sympathetic, and parasympathetic fibers. **Journal of Comparative Neurology**, v. 8, 448 n4, p. 323-36, 2002.

WOLFRAM, B. **Electrodermal Activity**. Springer. 2ª edition. 2012.

10 Violência na escola: como acontece e como o psicólogo escolar pode intervir?

Jaqueline Gomes Cavalcanti; Maria da Penha de Lima Coutinho; Olívia Dayse Leite  
Ferreira

### **Introdução**

A violência faz parte da existência humana e pode ser compreendida como uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, perturbação do desenvolvimento ou privação (WHO,2002).

Essa pode se manifestar em diversos espaços sociais, como: nas cidades; espaços de convivência e lazer; na família e escolas. Além de estar em diversos espaços, pode atingir uma gama variada de pessoas e grupos sociais, bem como em distintas faixas etárias. Por essas razões, esse fenômeno vem sendo destacado como sendo complexo e

multifacetado, sendo influenciado por questões sociais, econômicas, socioculturais (MALTA ET AL., 2010).

No contexto escolar, lócus de convivência e aprendizagem, vem se apresentando como espaço de violência, abrangendo: conflitos interpessoais, violência contra patrimônio, roubos, danos ao material escolar, insultos, burlas, ameaças, entre outros (BADIA, POLI, SOUZA, 2014; BANDEIRA; HUTZ, 2012; DEBARBIEUX; BLAYA, 2002; MALTA ET AL., 2014; NESELLO ET AL., 2014; NETO, 2005; SOUZA; STELKO-PEREIRA, 2016).

A despeito disso pesquisas tem se concentrado cada vez mais em fenômenos violentos na escola, tais como: violência entre pares, bullying, violência contra professores, violência contra equipe pedagógica e funcionários, uso de armas e outros. Desses, no presente capítulo será destacado a violência entre pares através do bullying e a violência contra professores.

## **Desenvolvimento**

### **Violência entre pares: Bullying**

Entendido como um fenômeno complexo e multifacetado, a violência escolar é comumente associada à situações em que alunos discutem, brigam, se machucam, além de ser relacionado também ao tráfico de drogas, porte de armas, e formação de gangues. Essas situações são conhecidas como “violência explícita” e tem sido combatida por meio da criação de estratégias como: conscientização, desenvolvimento de habilidades pessoais e identificação dos fatores de risco e proteção (LIMA, COUTINHO; MILANI, 2013; MARCOLINO, VIEIRA; CAVALCANTI, 2014; MATIAS, MARTINS, JESUS; VISEU, 2015; PATIAS ET AL., 2016; SOUZA & STELKO-PEREIRA, 2016). No entanto, além dessa violência explícita, um outro tipo de violência, mais velada, vem se perpetuando no contexto escolar nas últimas décadas, conhecida como *bullying*, também mencionada pela literatura por meio dos termos: maus tratos, vitimização, intimidação, agressividade e violência entre pares (FÉLIX ET AL., 2011; NASCIMENTO; MENEZES, 2013; REIS, 2015; SANTOS, CABRAL-XAVIER, PAIVA; LEITE-CAVALCANTI, 2014).

Embora o *bullying* ter surgido como uma prática tipicamente escolar, atualmente essa problemática permeia diversos outros espaços: prisional, universitário, laboral, entre irmãos e ciberespaço. No entanto, ainda é no ambiente escolar onde se verifica uma maior atenção por parte dos estudiosos e pesquisadores (BOTTINO, SANTOS,

MARTINS; REGINA, 2015; DZUREC; BROMLEY, 2012; IRELAND, 2013; SINKKONEN; MERILÄINEN, 2014; SKINNER; KOWALSKI, 2013; SOUZA, SIMÃO; CAETANO, 2014;).

Por definição, o *bullying* é um termo de origem inglesa, derivado da palavra *bully*, que no substantivo pode ser traduzido como valentão, tirano ou brigão; e em sua forma verbal corresponde a amedrontar, brutalizar, intimidar (FANTE, 2005). Esse termo é empregado para explicar um fenômeno relacional que ocorre sobretudo em escolas, em que comportamentos agressivos com o intuito de gerar danos são adotados por uma ou mais pessoas em direção a outra, de forma repetitiva em uma relação desigual de poder (OLWEUS, 2013). É descrito ainda como sendo um comportamento estratégico de ganhar domínio social no grupo de pares, em outras palavras, uma forma de dominância social (BONANNO; HYMEL, 2013; REIJNTJES ET AL., 2013).

O *bullying* tem sido apontado como a expressão de violência entre crianças e adolescentes mais presente no ambiente escolar, onde são encontradas altas prevalências. No âmbito internacional, destacam-se índices alarmantes de envolvimento de adolescentes sendo considerado um problema significativo (MARCOLINO ET AL., 2014; KUBWALO ET AL., 2013). Do mesmo modo, o contexto escolar brasileiro também tem se constituído locus de reprodução do *bullying* apresentando taxas que variam de um mínimo de 7,1% para uma alta de 83,9% (BANDEIRA; HUTZ, 2012; DALOSTO; ALENCAR, 2013; MALTA ET AL., 2014; NOVA, SENA; OLIVEIRA, 2015; RECH, HALPERN, TEDESCO; SANTOS 2014; SOARES ET AL., 2014).

Tal assédio pode assumir desde uma maneira mais direta, como a intimidação física e verbal, a uma forma indireta ou relacional (OLWEUS, 2013), e mais recentemente, destaca-se outra modalidade de engajamento, o *cyberbullying*, caracterizada pela utilização de meios eletrônicos (SOUZA; SIMÃO; CAETANO, 2014; OLIVEIRA, LOURENÇO; SENRA, 2015).

A prática do *bullying* possui contornos complexos não apenas pela sua forma de manifestação, mas também pelos contextos de interações dinâmicas, podendo envolver adolescentes de diversas maneiras, como: agressores, que são os que utilizam da força para aterrorizar ou machucar o outro; vítimas, que se referem aos alvos do *bullying*; vítimas-agressores, que são os que intimidam e são intimidados; e os observadores, formado por aqueles que presenciam as situações de exposição das vítimas (BANDEIRA; HUTZ, 2012; OLWEUS, 2013).

Por ser associado a "brincadeiras" típicas do cotidiano escolar, o *bullying* ainda é admitido como natural e, portanto, tolerável. Não obstante esse fenômeno, cuja presença é encontrada na maioria das escolas, independente de características socioeconômicas, tem implicações nocivas para a saúde dos envolvidos, sendo considerado, mundialmente, um problema social e de saúde pública (NASCIMENTO; MENEZES, 2013; OLWEUS; LIMBER, 2010).

Algumas investigações alertam que o *bullying* se apresenta como fator de risco para saúde física e mental dos adolescentes, com graves implicações na percepção da auto estima e imagem corporal, na qualidade de vida e bem-estar (SWEARER, ESPELAGE, VAILLANCOURT; HYMEL, 2010), ocasionando problemas como: depressão, ansiedade, absentismo escolar e ideação suicida (CAVALCANTI ET AL., 2018; COUTINHO, SILVA; ARAÚJO, 2009; KOWALSKIN; LIMBER, 2013; ROMERO, WIGGS, VALENCIA; BAUMAN, 2013; WOLKE; LEREYA, 2015).

Neste sentido, verifica-se a a espessura social e relevância acadêmica desse construto, que demanda do conhecimento científico novas investigações no sentido de apreender, de modo pormenorizado, o saber que é compartilhado pelos próprios adolescentes sobre o tema, legitimando a importância das suas vivências em torno do assunto no cotidiano escolar. Deste modo alguns estudos tem sido realizado com esse intuito. Por exemplo, no estudo proposto por Silva (2010), por meio do instrumento *Scripted-Cartoon Narrative Bullying*, o fenômeno do *bullying* foi objetivado pelos elementos de brincadeiras de mau gosto através da agressão física (empurrar, derrubar, dar soco, puxar roupas, cabelos) e verbal (xingar, chamar palavrões, apelidar, excluir, proibir de participar das brincadeiras) e ancorada na violência física e psicológica

Outro realizado acerca do tema foi estudo de Miranda (2011), em que escolares foram entrevistados, apontou que os estudantes representavam socialmente esse fenômeno ancorando-se no preconceito, na culpabilização da vítima e banalização da violência, como também, na ausência de suporte escolar e familiar.

Diferente do estudo previamente descrito, Araújo (2011) buscou apreender as RS de estudantes acerca do *bullying*, a partir dos diferentes tipos de envolvimento. O *bullying* foi ancorado pelas vítimas nas experiências de vitimização e apoio percebido; para as vítimas-agressores, na agressão direta e indireta; para os agressores, nos sentimentos e posicionamentos diante da agressão e vitimização; e por fim, para os não envolvidos, nas estratégias de enfrentamento.

Por meio de outro método, o da associação livre de palavras, Lima, Coutinho e Milani (2013), em relação ao estímulo violência-*bullying*, os alunos de um primeiro estudo objetivaram em: exclusão, preconceito, violência, sofrimento, idiotice e depressão, ancorado no espectro psicossocial e psicoafetivo. No segundo estudo dessa mesma pesquisa os adolescentes objetivavam o *bullying* nos elementos: "briga", "xingar" e "morte", ancorando-se espectro macroestrutural, psicossocial e afetivo da violência. No mesmo ano, Kimura (2013), em seu estudo, encontrou que as representações dos estudantes constituíram-se em maus tratos, ameaça, contradição e educação familiar e escolar.

Mais recentemente, Cavalcanti (2017) em sua dissertação de mestrado apresenta um estudo acerca das Representações Sociais de alunos acerca do bullying. Os resultados desse estudo apontou que o saber compartilhado pelos atores sociais ancorou o *bullying* como uma forma de expressão do preconceito e de intolerância às diferenças, sendo por vezes reconhecida como sinônimo de brincadeira, realidade que pode mascarar a enfrentamento do problema. Além disso, os adolescentes conceituaram o *bullying*, suas modalidades e consequências, as quais, por seu tempo, demandam suporte aos escolares (envolvidos ou não), apoiando-os e/ou empoderando-os ao enfrentamento do problema por meio de denúncias.

### **Violência contra professores**

Os determinantes da violência escolar são diversos e dependem muito de sua interpretação, se diferenciando, dependendo da localização geográfica que a mesma ocorre. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), há tipos variados de violência, *quando se refere à violência em geral*. As violências psicológicas, por exemplo, são ações que conotam danos psicológicos ou emocionais a quem sofre as mesmas (tais como ameaças de uso de violência física, situações provocativas de medo, degradação verbal da personalidade do outro, dos seus atos, menosprezando e até mesmo diminuindo os esforços do mesmo)

A pesquisadora Miriam Abramovay (2005) afirma que existe certas dificuldades em definirmos o que seria a violência, sobretudo a escolar. Uma dessas dificuldades consiste no fato de que a violência pode se expressar de múltiplas formas e ser compreendida de maneiras diversas. Conforme aponta a mesma, através de seus estudos acerca da violência no Brasil, há tipos variados de violência, que afetam não só

professores, como também os próprios alunos ,todo o corpo pedagógico, bem como o cotidiano da escola em geral (ABRAMOVAY, 2015, p.8).

De acordo com LEVANDOSKI ET AL (2011 p. 382), em um estudo sobre a violência contra os professores, os alunos usam da violência para resolverem seus problemas escolares quando acreditam que estão sendo prejudicados de alguma forma. Essa violência também se dá por via das falhas do sistema político pedagógico, vitimizando os docentes por não conhecerem os meios para trabalharem com essas situações diversas de indisciplina no meio escolar.

Para Bourdieu (2011), a violência, sobretudo a simbólica, tende a favorecer a naturalização da violência, pois o aluno agressor muitas vezes comete a violência e o professor alvo não tem claro que tal ato constitui – no âmbito do contexto da ação – violência contra ele, permanecendo muitas vezes sem ação, ou até mesmo agindo sem um real conhecimento de como fazê-lo. Segundo Pereira (2003), em sua pesquisa intitulada "violência nas escolas: visão dos professores do ensino fundamental sobre esta questão", analisa as formas como isso ocorre e as estratégias que são utilizadas para sua superação. Esta autora constatou que os professores percebem as violências como um fenômeno em expansão, reforçado, principalmente pelas desigualdades sociais, pela influência da mídia e pela desestruturação familiar, impondo consequências no cotidiano escolar. De acordo com a estudiosa Miriam Abramovay, especialista em violências nas escolas e juventudes, ainda é escasso os estudos realizados na perspectiva do professor, sendo mais abordados pesquisas com os alunos (NESELLO, 2014).

Quanto as estimativas de violência contra professores, uma pesquisa feita em 2015 pelo Sindicato dos Professores do Estado de São Paulo (Apeoesp) apontou que 44% dos docentes que atuavam no estado disseram já ter sofrido algum tipo de agressão. Entre as agressões, 84% dos professores afirmam já ter presenciado, 74% falam em agressão verbal, 60% em bullying, 53% em vandalismo e 52% em agressão física.

De acordo com APEOESP (2013), em uma pesquisa do SINTE - Sindicato Estadual dos Trabalhadores em Educação de Santa Catarina, a violência contra professores é bastante recorrente, de modo que o sindicato recebe até duas denúncias por mês. Não obstante, esse número pode ser ainda maior, tendo em vista que muitos professores não denunciam. No mesmo ano, um estudo realizado pelo Instituto Data Popular e pelo Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo (Apeoesp, 2013), revelaram que quatro em cada dez professores, declararam já terem sido vítimas de algum tipo de violência em escolas daquela unidade federativa.

Por sua vez, na pesquisa realizada pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), mais de 12% dos professores brasileiros afirmaram terem sido vítimas de agressões, verbais e intimidações dos alunos (BBC, Brasil, 2014). Ainda no contexto brasileiro, a intimidação contra os professores é diversa, sendo verificado um maior índice de agressão ou ofensa verbal a professores ou membros da equipe escolar (12,5%); e uso/posse de drogas ou bebidas alcoólicas (6,9%). Outros achados dessa pesquisa apontam que os professores brasileiros são, ainda, os que declararam gastar mais tempo em sala de aula para manter a ordem (19,8% do tempo) e com tarefas administrativas (12,2%) (INEP, 2014).

Outra pesquisa que foi proposta por Giordani, Seffner e Dell’Aglío (2017) com 16 professores, por meio do método de grupo focal, apontou a violência verbal como a mais frequente indicando ocorrer em conflitos próprios da sala de aula. Não obstante, muitos docentes que vivenciam ou mesmo se envolvem em tal violência não sabem como reagir

No que tange as implicações causadas pela violência contra professores, Gurgel e Matos (2012), destaca a desmotivação, afetando sua prática e contribuindo para uma educação de baixa qualidade. Por sua vez, Brasil, Legnani e Vieira (2015), elenca prejuízos a prática docente e saúde física e psíquica do professor. Vemos ainda, em uma recente reportagem realizada por Cristina Boeckel (2018) no G1 Rio, que fala sobre violência verbal contra um professor de Língua Portuguesa, por aluno do 9º ano, ocorrida na sala de aula em uma escola em Rio das Ostras no Rio de Janeiro, onde a consequência maior, foi a desmotivação do professor, ficando bastante claro, quando o mesmo relata a sua vontade de continuar na profissão, porém, maior é o receio por sua própria vida.

Recentemente foi realizado por Cavalcanti, Sá, Moura e Coutinho(2019) com 15 professores do ensino fundamental de uma escola pública da cidade de João Pessoa sobre as apresentações sociais da violência verbal contra professores. Os resultados apontaram para 5 classes temáticas. A primeira classe foi nomeada "*Violência como uma desvalorização do papel social do professor*", sugerindo que a violência contra professores é resultado de um questão social, em que historicamente o papel do professor vem sendo modificado na sociedade devido a uma desvalorização do seu papel e profissão. Sendo expressos através de baixos investimentos na sua atuação, além disso, refletido na crise de valores e civilizatórias; norteadas ações de violência contra os mesmos.

A segunda classe, *Implicações da violência verbal para a profissão de professor*, apontam para as implicações negativas da violência verbal para vida profissional, pessoal e dignidade do professor. A terceira classe temática foi nomeada de *“Implicações da violência verbal para identidade do professor”*. indicando que os professores interpretam ações de violência verbal como atos de indisciplina que ocorrem no cotidiano do professor, causando mudança na sua identidade (maneira de ser).

A quarta classe encontrada designada *“Implicações psicoafetivas da violência verbal”* e foi representativa, aborda sentimentos relativos ao sofrimento gerado pela violência verbal. A quinta classe, *Implicações da violência verbal para o ensino em sala de aula*”, alerta para um ciclo negativo da violência para o ensino-aprendizagem, uma vez que, o aluno agride ao professor, gerando um desconforto para o mesmo, que consequentemente se desmotiva para o ensino, acarretando numa desqualificação do ensino, que por sua vez, gera consequências para aprendizagem do aluno.

Finalmente, a última classe *“Papel da família para prevenir a violência verbal contra professores”*, destaca a importância dos pais na prevenção da violência contra os professores, reafirmando o papel essencial da família na educação dos filhos em relação ao respeito aos professores, a disciplina em sala de aula, e inclusive na aprendizagem.

### **Intervenções frente a violência na escola e o Psicólogo escolar**

No livro proposto por Carvalhosa (2010) para se intervir ao tentar compreender a violência, deve-se considerar sua complexidade, e não entendê-la de forma reducionista, como um problema específico, visto que esse fenômeno está relacionado a outras questões como: social, institucional e intrafamiliar. Alguns fatores de risco que podem favorecer os jovens se envolverem em situações de violência escolar são: comunidade, escola, família, pares, e outros problemas de comportamento. Neste sentido para se intervir na violência na escola torna-se necessário considerar o entorno desse fenômeno social.

No nível da comunidade alguns problemas que podem favorecer incluem uso de drogas, álcool e armas, pobreza extrema, normas sociais que aceitam o comportamento violento, ou exposição de injustiça social. Neste nível algumas intervenções eficazes são: estabelecer parcerias com outros setores para o combate da violência, disseminar informações na comunidade acerca desse problema.

A nível da escola fatores que podem acarretar o envolvimento em violência escolar são: falta de êxito escolar, clima escolar inseguro, falta de supervisão. Aqui sugere-se que sejam delimitadas regulamento interno de combate a violência, promoção de bem estar do corpo docente, combater o estigma da descriminalização e preconceito, assegurar supervisão nos recreios, proporcionar aos alunos processos mais democráticos.

No que tange a família, destacam: supervisão parental, punições severas, falta de afeto, envolvimento dos pais em comportamentos violentos. Nesse eixo pode-se trabalhar com os pais a importância de valorizar comportamentos afetuosos e de respeito mútuo, realizar encontros com os responsáveis para sensibilização e reflexão do problema, envolver os pais nas atividades escolares de combate a violência escolar.

No que concerne a dimensão pares destacam-se aspectos como baixa tolerância a frustração, abuso de substâncias, busca de sensações, impulsividade. Com os alunos é possível trabalhar no desenvolvimento de competências pessoais e sociais de sentimentos, emoções de si mesmo e de outros, comunicação, resolução de conflitos, tolerância, solidariedade. Pode-se ainda trabalhar com a promoção de bem estar e auto estima dos alunos, tendo em vista ser a auto estima importante variável relacionada a violência.

Na revisão proposta por Pureza, Martin e Lisboa (2016) sobre intervenções no fenómeno bullying localizadas na literatura datada de 2002 a 2012 foi verificado que tais iniciativas tinha como objetivo principal a diminuição dos índices de bullying no contexto escolar a partir de intervenções com os participantes diretamente envolvidos. Além disso verificou uma escassez de estudos com esse foco. Seus achados indicam ainda que a abordagem mais utilizada para embasar as intervenções para bullying foi Modelo do Desenvolvimento Positivo da Juventude. Quando se levou em consideração às temáticas das intervenções no bullying, os autores encontraram um predomínio de trabalhos que enfatizavam as habilidades sociais e a psicoeducação do bullying.

Dentre as possibilidades de atuação do psicólogo escolar no contexto de violência na escola, pode-se citar a elaboração de estratégias de prevenção e enfrentamento desse problema, promovendo espaços para reflexões e discussões sobre a temática. Neste âmbito, o psicólogo pode analisar os sistemas de relações que se dão entre os membros da instituição, os estilos de gestão, os valores, as normas, e o clima emocional. Tomando por base esses aspectos, o psicólogo escolar pode intervir de

forma intencional nos conflitos, colaborando para o desenvolvimento de habilidades sociais e manejo das emoções.

Outras possibilidades de intervenção do psicólogo podem ser ainda a realização de capacitações, projetos de trabalho, oficinas palestras e treinamentos para equipe pedagógica acerca da violência escolar. Em situações em que o professor é vítima dessa violência, o psicólogo pode atuar na valorização desse profissional na instituição, sua identidade e auto estima. O psicólogo pode colaborar ainda participando do processo de construção de regras suporte aos professores e gestores que não estejam somente relacionadas ao âmbito pedagógico, mas que estejam também voltadas para a organização e fortalecimento das relações entre os alunos, entre os professores e os alunos e entre a escola e a família.

De acordo com Freire e Aires (2012), para que o psicólogo escolar possa intervir no bullying é necessário partir de uma análise das relações entre as variáveis ambientais. Deve então reconhecer quais comportamentos dificultam as relações interpessoais, quais aquelas que promovem conflitos e atos de violência entre pares. Desse modo, o profissional de psicologia poderá refletir sobre essas interações e conflitos e desenvolver estratégias específicas de intervenção e prevenção.

Ainda acerca disso, esses autores, destacam que a inserção do psicólogo na escola é de suma importância não apenas por sua contribuição no desenvolvimento cognitivo dos alunos, mas por auxiliar no desenvolvimento emocional e pessoal desses. Podendo ser fomentado trabalhos que incentivam a solidariedade, generosidade, tolerância, respeito as diferenças. Desse modo, o psicólogo poderia intervir na mudança de valores, crenças e atitudes em relação ao fenômeno da violência na escola.

Segundo Bonamingo et al. (2012) uma estratégia deve ser o mapeamento de práticas violentas, buscando conhecer sua origem nas relações sociais, incluindo todos no processo de combate e prevenção, Neste sentido, para esses autores, é preciso superar a ideia de que a violência é um fenômeno que deve ser combatido apenas por uma especialidade, mas que os profissionais da escola, os familiares e alunos devem se sentir em condições de enfrentar esse fenômeno, de forma interventiva, implicada e colaborativa.

No contexto de violência contra professores, Ferráns e Selman (2014) sugerem como estratégia para favorecer a comunicação, o sentido de cooperação e o compromisso entre alunos, mas também entre estes e os professores, a mediação de conflitos. Além disso, o psicólogo juntamente com a escola pode contribuir na

humanização dos alunos, na preparação das famílias, destacando a importância do professor, conscientizando que esse não representa um inimigo do aluno, mas um parceiro do mesmo. É imprescindível ainda uma desnaturalização da violência nas suas mais distintas formas (física, verbal, relacional) na escola por parte de toda a escola.

### **Considerações finais**

Este capítulo se concentrou em dois tipos de violências na escola: o bullying e a violência contra professores, destacando ser eles problemas complexos e prevalentes, e com graves implicações a saúde psicossocial dos envolvidos, podendo ocasionar baixa qualidade de vida e bem estar. Neste cenário, verifica-se um corpo vasto de pesquisas que relatam intervenções de psicólogos escolares a fim de minimizar esse problema. Tais estratégias de intervenções compartilham o caráter multifacetado da violência na escola, apontando para necessidade de considerar mais de um fator no enfrentamento desse problema social.

### **Questões para Reflexão:**

- 1) Até que ponto como psicólogos podemos ser sujeitos da uma ação científico-profissional transformadora no contexto escolar?
- 2) Tendo em conta as dificuldades de se colocar em prática intervenções focadas na minimização da Violência na escola, qual o esforço pessoal estamos dispostos a fazer, inclusive em relação a mudanças em nós mesmos, para um exercício profissional criativo e inovador?
- 3) Em quais condições poderíamos nos constituir em minorias ativas promotoras de influências para a transformação da educação nos contextos em que atuamos?

### **TED:**

- 1) Como é definido o bullying?
- 2) Quais os 3 critérios que diferenciam o bullying de outros tipos de comportamento agressivo?
- 3) Que papéis o adolescente pode desempenhar no bullying?
- 4) Como é chamado o fenômeno de bullying que ocorre via internet?
- 5) Que fatores devem ser considerados antes de intervir na violência na escola?
- 6) De acordo com o texto, quais as motivações para a violência de alunos para com professores?

- 7) Quais as formas possíveis de agressão o professor pode sofrer por alunos?
- 8) Como o profissional de psicologia pode intervir no contexto de Violência na escola?

## **Referências**

ABRAMOVAY, Miriam. PROGRAMA DE PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA NAS ESCOLAS. Flacso Brasil. 2015. Disponível em <http://flacso.org.br/files/2015/08/Violencias-nas-Escolas.pdf>

ABRAMOVAY, Miriam *et al.* **Escola e violência** – Brasília: UNESCO, 2002(a). <https://g1.globo.com/sp/sao-paulo/noticia/aluno-da-soco-em-rosto-de-professor-em-escola-da-zona-sul-de-sp.ghtml>

ARAÚJO, Tannissa Luanna Cardoso de. **Representações sociais acerca da violência por profissionais da equipe técnico-pedagógica do município de João Pessoa. 2014**

APEOESP. **Violência nas escolas: o olhar dos professores**. CEPES: Centro de Estudos e Pesquisas Educacionais, Sindicais e Gerenciamento do Banco de dados da APEOESP (Sindicato dos Professores do Ensino Oficial do Estado de São Paulo), 2013. Disponível em: <http://www.apeoesp.org.br/publicacoes/observatorio-da-violencia/caderno-violencia-nas-scolas-analise-da-pesquisa/>. Acesso em: 28 abr/2018

BANDEIRA, Claudia de Moraes et al. Bullying: prevalência, implicações e diferenças entre os gêneros. 2012.

BADIA, Denis Domeneghetti; POLI, Ana Paula; DE SOUZA, Nathália Cristina Amorim Tamaio. A temática da violência escolar na formação docente inicial: das lacunas existentes às discussões necessárias//The theme of school violence in initial formation of teacher: from existing faults to the necessary discussions. **CONJECTURA: filosofia e educação**, v. 19, n. 3, p. 171-184, 2014.

BONANNO, Rina A.; HYMEL, Shelley. Cyber bullying and internalizing difficulties: Above and beyond the impact of traditional forms of bullying. **Journal of youth and adolescence**, v. 42, n. 5, p. 685-697, 2013.

BOTTINO, SARA MOTA BORGES et al. Repercussões do cyberbullying na saúde mental dos adolescentes. **Revista Debates em psiquiatria**, 2015.

BRASIL, K. C. T.; LEGNANI, V. N.; VIEIRA, R. A. **Violência 'na' e 'da' escola: concepções de professores e alunos adolescentes**. *Linhas Críticas*, Brasília, n. 46, p. 708-726, set./dez. 2015.

CARVALHOSA, Souza. **Prevenção da Violência e do Bullying em Contexto Escolar**, Lisboa: Climepsi, 2010.

CASTRO MARCOLINO, Emanuella; VIEIRA, Cícera Renata Diniz; CAVALCANTI, Alessandro Leite. Bullying: revisão sistematizada acerca da vitimização, agressão e ações preventivas. **Unimontes Científica**, v. 15, n. 1, p. 90-102, 2014.

CAVALCANTI, Jaqueline Gomes et al. **Bullying e suas implicações na adolescência: um estudo psicossociológico**. 2017. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Paraíba.

CAVALCANTI, Jaqueline Gomes et al. Vitimização e percepção do bullying: Relação com a sintomatologia depressiva de adolescentes. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 10, n. 1, p. 140-159, 2018.

COSTA, Ana Paula Motta. Adolescência brasileira e o contexto de vulnerabilidade à violência. **Revista Brasileira Adolescência e Conflitualidade**, n. 6, 2015.

DALOSTO, Marcília de Moraes et al. Manifestações e prevalência de bullying entre alunos com altas habilidades/superdotação. 2013.

DEBARBIEUX, Éric; BLAYA, Catherine. **Violência nas escolas: dez abordagens européias**. Brasília: Unesco, 2002.

DZUREC, Laura Cox; BROMLEY, Gail E. Speaking of workplace bullying. **Journal of Professional Nursing**, v. 28, n. 4, p. 247-254, 2012.

FELIX, Erika D. et al. Getting precise and pragmatic about the assessment of bullying: The development of the California Bullying Victimization Scale. **Aggressive behavior**, v. 37, n. 3, p. 234-247, 2011.

FERRÁNS, Silvia Diazgranados; SELMAN, Robert; FEIGENBERG, Luba Falk. Rules of the Culture and Personal Needs: Witnesses' Decision-Making Processes to Deal with Situations of Bullying in Middle School. **Harvard Educational Review**, v. 82, n. 4, p. 445-470, 2012.

FREIRE, Alane Novais et al. A contribuição da psicologia escolar na prevenção e no enfrentamento do Bullying. 2012.

IRELAND, Jane L. Prison bullying and fear: Can fear assist with explanations of victim responses?. In: **Bullying among Prisoners**. Willan, 2013. p. 139-159.

KIMURA, Patrícia Rodrigues de Oliveira et al. **Representações sociais de alunas do ensino fundamental sobre bullying**. 2013. Dissertação de Mestrado.

KOWALSKI, Robin M.; LIMBER, Susan P. Psychological, physical, and academic correlates of cyberbullying and traditional bullying. **Journal of Adolescent Health**, v. 53, n. 1, p. S13-S20, 2013.

KUBWALO, H. W. et al. Prevalence and correlates of being bullied among in-school adolescents in Malawi: results from the 2009 Global School-Based Health Survey. **Malawi medical journal**, v. 25, n. 1, p. 12-14, 2013.

LEVANDOSKI, Gustavo; OGG, Fabiano; CARDOSO, Fernando Luiz. **Violência contra professores de Educação Física no ensino público do Estado do Paraná**. Motriz, Rio Claro, v.17, n. 3, p. 374-383, jul/set. 2011.

LIMA, I. O.; COUTINHO, M. P. L.; MILANI, M. R. Representações sociais da violência-bullying no contexto escolar do ensino médio. **Indagatio Didactica**, v. 5, n. 2, p. 213-232, 2013.

Malta DC et al. **Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE)**. Cien Saude Colet, 2010 15(Supl. 2): 3053-3063. World Health Organization (WHO). World report on violence and health. Geneva: WHO;

NASCIMENTO, Alcione Melo; MENEZES, Jaileila Araújo. Intimidações na adolescência: expressões da violência entre pares na cultura escolar. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 1, 2013.

NESELLO, Francine et al. Características da violência escolar no Brasil: revisão sistemática de estudos quantitativos. 2014.

NOVA, Igor Souza Vila; SENA, Claudia Luísa; OLIVEIRA, Irismar Reis de. Ocorrência do bullying entre alunos de uma escola pública do município de Salvador, Brasil. 2015.

OLIVEIRA, Júlia Custódio Carelli; LOURENÇO, Lélío Moura; SENRA, Luciana Xavier. A produção científica sobre o cyberbullying: uma revisão bibliométrica. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 9, n. 1, 2015.

OLWEUS, Dan; LIMBER, Susan P. Bullying in school: Evaluation and dissemination of the Olweus Bullying Prevention Program. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 80, n. 1, p. 124, 2010.

OLWEUS, Dan. School bullying: Development and some important challenges. **Annual review of clinical psychology**, v. 9, p. 751-780, 2013.

PATIAS, Naiana Dapieve; DA SILVA, Doralúcia Gil; DELL'AGLIO, Débora Dalbosco. Exposição de adolescentes à violência em diferentes contextos: relações com a saúde mental. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 205-218, 2016.

REIJNTJES, Albert et al. Developmental trajectories of bullying and social dominance in youth. **Child abuse & neglect**, v. 37, n. 4, p. 224-234, 2013.

RECH, Ricardo R. et al. Prevalence and characteristics of victims and perpetrators of bullying. **Jornal de Pediatria**, v. 89, n. 2, p. 164-170, 2013.

REIS, Sandy Pacheco dos et al. **Violência entre pares no contexto escolar (bullying)– estudo comparativo**. 2015. Dissertação de Mestrado.

ROMERO, Andrea J. et al. Latina teen suicide and bullying. **Hispanic Journal of Behavioral Sciences**, v. 35, n. 2, p. 159-173, 2013.

SANTOS, Jalber Almeida dos et al. Prevalência e Tipos de Bullying em Escolares Brasileiros de 13 a 17 anos. **Revista de Salud Pública**, v. 16, p. 173-183, 2014.

SINKKONEN, Hanna-Maija; PUHAKKA, Helena; MERILÄINEN, Matti. Bullying at a university: students' experiences of bullying. **Studies in Higher Education**, v. 39, n. 1, p. 153-165, 2014.

SKINNER, Jessica A.; KOWALSKI, Robin M. Profiles of sibling bullying. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 28, n. 8, p. 1726-1736, 2013.

SOUZA, Sidclay; SIMÃO, Ana Margarida Veiga; CAETANO, Ana Paula. Cyberbullying: percepções acerca do fenômeno e das estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 27, n. 3, p. 582-590, 2014.

SOUSA, Marília Mendes Moreira; STELKO-PEREIRA, Ana Carina. Relações entre violência escolar, gênero e estresse em pré-adolescentes. **Revista Eletrônica de Educação**, v. 10, n. 1, p. 110-127, 2016.

SWEARER, Susan M. et al. What can be done about school bullying? Linking research to educational practice. **Educational researcher**, v. 39, n. 1, p. 38-47, 2010.

WOLKE, Dieter; LEREYA, Suzet Tanya. Long-term effects of bullying. **Archives of disease in childhood**, v. 100, n. 9, p. 879-885, 2015.

## 11. A Psicologia Jurídica: Relato De Estágio Em Vara De Execução Penal

Tatiana Cavalcanti de Albuquerque Leal; Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva

### **Introdução**

Uma área da Psicologia que vem levantando bastante interesse nas décadas mais recentes é a Psicologia Jurídica. Alguns seriados de televisão estadunidenses, como *Lie to me* (2009) e *Mindhunter* (2017), lançam um brilho para a área e retratam de forma bastante instigante psicólogos e psicólogas atuando na Justiça e/ou em setores de investigação criminal.

Na prática, a atuação dos psicólogos jurídicos no âmbito brasileiro é bastante distante do representado nas telas de outras regiões. São muitas as dificuldades, mas é, sem dúvida, um campo cada vez mais emergente e repleto de possibilidades de atuação e intervenção para a Psicologia. Outrora fazendo-se presente apenas na área criminal, hoje tal ciência já contribui com seus conhecimentos em toda a extensão da área cível e mesmo na área trabalhista.

Neste sentido, segundo França (2004), “Psicologia jurídica” é uma das denominações para a área da Psicologia que se relaciona com o sistema de justiça em geral. Em alguns países, no entanto, como na Argentina, chama-se tal área de Psicologia Forense. No Brasil, o termo Psicologia Jurídica é o mais adotado, embora existam profissionais que preferam a denominação “forense”.

Sobre esta dualidade de termos, é importante ressaltar que o adjetivo “jurídica” é mais abrangente, uma vez que “forense” é um termo que designa somente aquilo que é concernente ao foro judicial, relativo aos tribunais, enquanto que Psicologia Jurídica abarca toda a relação e interseção existente entre a Psicologia e o Direito. Ao longo deste capítulo, contudo, os termos “psicologia jurídica” e “psicologia forense” serão usados de forma indiferenciada, como sinônimos.

Apresentaremos um panorama geral sobre o funcionamento da Psicologia Jurídica no Brasil e o relato da experiência da primeira autora do presente capítulo durante um estágio extracurricular de curso de Graduação em Psicologia pela

Universidade Federal da Paraíba, realizado no Fórum Criminal de João Pessoa – Paraíba.

## **Desenvolvimento**

### *I – A Psicologia Jurídica no Brasil*

#### *Breve histórico*

A preocupação com a necessidade de conhecimento psicológico na esfera judicial não é recente. Ainda no século XVIII, Eckardts Hausen publicou “A necessidade de conhecimento psicológico para julgar os delitos” (1792) e Munch publicou “A influência da Psicologia Criminal sobre um sistema de Direito Penal” em 1799 (DE JESUS, 2006). O efetivo início da Psicologia no campo jurídico, no entanto, é apontado por muitos como sendo os estudos desenvolvidos por Cattell em 1895 sobre processos de memória e testemunhos, que tiveram grande repercussão, bem como os estudos desenvolvidos por Freud (1906) intitulados de *Psychoanalysis and the Ascertaining of Truth in Courts of Law* evidenciando a importância que a Psicologia possui no campo legal (GARZÓN, 1989).

Apesar de a Psicologia Jurídica ser uma das especialidades emergentes da Psicologia no Brasil atualmente, psicólogos e psicólogas atuam neste âmbito há muito tempo (FRANÇA, 2004). Oficialmente, todavia, a prática forense pela Psicologia no país só se iniciou a partir da década de 1960, com a Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, que regulamentava a Psicologia como profissão. Desde então, a inserção desta ciência em nosso âmbito jurídico se deu gradualmente, muitas vezes de maneira informal, através de trabalhos voluntários e, principalmente, na área criminal, em estudos sobre adultos criminosos e adolescentes infratores da lei (ROVINSKI, 2002).

Em princípio, a Psicologia Forense ganhava algum espaço porque eram os próprios juristas que reclamavam a necessidade de um conhecimento psicológico para melhor desempenhar suas atividades (DE JESUS, 2006). O interesse era na avaliação psicológica, mesmo porque, como lembra Groth-Marnat (1999), a própria Psicologia, no início, era vista como uma ciência voltada para a realização de testes e avaliações, buscando identificações e classificações por meio de diagnósticos, fazendo com que a figura do psicólogo fosse vista como de um testólogo – e assim o foi, de fato, na primeira metade do século XX.

A prática forense, neste ínterim, mais precisamente a realização de perícia, ainda era restrita e predominantemente uma prática com teor médico. Ao psicólogo, cabia contribuir com o fornecimento de dados objetivos sobre o sujeito periciando, principalmente por meio da psicometria do quociente de inteligência (QI), da idade mental e, em algumas situações, pelo exame da personalidade, mediante o Teste Miocinético (PMK) de Myra y Lopez (SERAFIM; SAFFI, 2014).

#### *Atualidade*

O papel jurídico/forense do psicólogo na realidade brasileira vem assumindo, hoje em dia, um escopo um pouco mais definido quanto à sua importância, sua abrangência e reconhecimento (SERAFIM; SAFFI, 2014). Como lembra Cunha (2007), a testagem pode ser um passo importante do processo e a Psicologia pode usar estratégias de avaliação psicológica para ajudar a encontrar respostas para algumas demandas, mas esta constitui apenas um dos recursos de avaliação.

Apesar de outras formas de atuação, além da avaliação psicológica, terem adquirido força, como a implantação de medidas protetivas e medidas socioeducativas e o encaminhamento e acompanhamento de crianças e/ou adolescentes nestes casos, ainda há, na Psicologia Jurídica, uma predominância das atividades de confecções de laudos, pareceres e relatórios, partindo-se do princípio de que compete à Psicologia uma atividade de cunho avaliativo e, sobretudo, de subsídio aos magistrados (LAGO et al, 2009).

Assim, a Psicologia Jurídica tem atuado de forma a não somente atender a demanda jurídica como uma Psicologia aplicada cujo objetivo é contribuir para o melhor exercício do Direito, tal como preceitua o próprio Código de Ética de 1987. Este tipo de relação de subordinação ocorre ainda entre a Psicologia e a Psiquiatria Forense, onde o saber psicológico está a serviço da Psiquiatria como assessor e o psicólogo torna-se auxiliar do médico, contribuindo na elaboração do diagnóstico clínico, que é de responsabilidade do médico (e não do psicólogo). O desejável e necessário é a complementaridade: a Psicologia Jurídica, como ciência autônoma, produz um conhecimento que se relaciona com aquele produzido pelo Direito, ocorrendo uma interseção (POPOLO, 1996).

Neste contexto, a Psicologia Jurídica, para França (2004), deve ir além do estudo do comportamento dos indivíduos, fazendo de seu objeto também as consequências das ações jurídicas sobre o indivíduo, quer dizer, as determinações das práticas jurídicas sobre a subjetividade. Portanto, o psicólogo jurídico pode atuar fazendo orientações e

acompanhamentos, contribuir para políticas preventivas, estudar os efeitos do jurídico sobre a subjetividade do indivíduo, entre outras atividades e enfoques de atuação. Como lembra Miranda Júnior (1998), o cliente do psicólogo jurídico é, em primeiro lugar, o sujeito que, por algum motivo, foi inserido no discurso institucional.

#### *Subáreas de atuação*

Nas últimas décadas, vem tomando força a demanda pelo trabalho do psicólogo voltado para outras esferas forenses além das questões atinentes ao crime. Este é o caso dos ramos do Direito da Família, Direito da Criança e do Adolescente, Direito Civil, Direito Penal e Direito do Trabalho. Note-se que o Direito de Família e o Direito da Criança e do Adolescente são parte do Direito Civil, mas, como na prática as ações são ajuizadas em varas distintas, optou-se por usar tal divisão (LAGO et al, 2009). Vejamos, mais detalhadamente, cada subárea de maior saliência, embora não se trate de todas as existentes.

- **Direito da Criança e do Adolescente**

A atuação profissional do psicólogo ou psicóloga jurídica nesta área do Direito se dá nas Varas da Infância e Juventude, tradicionalmente junto aos processos de adoção e destituição de poder familiar, bem como no desenvolvimento e aplicação de medidas socioeducativas aos adolescentes autores de ato infracional (LAGO et al, 2009).

Os psicólogos participam do processo de adoção mediante uma assessoria constante para as famílias adotantes, tanto antes como depois da colocação da criança adotada em tal seio familiar. A equipe técnica destas varas deve saber recrutar candidatos: primeiro, a equipe deve garantir que os candidatos a adotantes estejam dentro dos limites das disposições legais e, segundo, deve-se iniciar um programa de trabalho com os postulantes aceitos com a finalidade de assessorar, informar e avaliar os interessados (WEBER, 1997).

No que diz respeito à destituição do poder familiar, casos de doenças, negligência, abandono, maus-tratos, abuso sexual, ineficiência ou morte dos pais podem levar à perda de tal poder. O papel do psicólogo nesses casos é fundamental, tendo em vista que a transferência da responsabilidade para estranhos nunca deve ser feita sem muita análise (CESCA, 2004).

O Estatuto da Criança e do Adolescente prevê também medidas socioeducativas, de natureza coercitiva, para adolescentes que cometeram atos infracionais. Os psicólogos que desenvolvem seu trabalho junto aos adolescentes infratores devem lhes propiciar a superação de sua condição de exclusão, bem como a aquisição de valores

que lhes facilitem melhor integração à vida social. Verifica-se que os parâmetros de suporte familiar, valores humanos e resiliência podem ser entendidos como fatores de fortalecimento psicossocial (ESTEVAM, 2011).

Neste sentido, a atuação do psicólogo ou psicóloga jurídica deve, prioritariamente, envolver a família e, sobretudo, a comunidade com atividades que as levem à não discriminação e não estigmatização de tais indivíduos, desencorajando o emprego de rótulos que marquem os adolescentes e os exponham a situações vexatórias (LAGO et al, 2009).

- **Direito de Família**

Nas varas de família, são ajuizadas, mais frequentemente, questões de divórcio, disputa de guarda e regulamentação de visitas. Neste setor, os psicólogos atuam, designados pelo juiz, como peritos oficiais, podendo haver também o assistente técnico, um psicólogo perito contratado por uma das partes para acompanhar o trabalho do perito oficial (FRANÇA, 2004).

Os processos de divórcio que envolvem a participação do psicólogo são, geralmente, litigiosos – ou seja, de um conflito de interesses que suscita resolução judicial. O psicólogo pode atuar como mediador nos casos em que os litigantes estão dispostos a tentar chegar a um acordo ou, quando o juiz não considerar viável a mediação, pode solicitar ao psicólogo uma avaliação de uma das partes, individualmente, ou do casal (LAGO et al, 2009).

No que concerne à disputa de guarda, o juiz também pode solicitar uma perícia psicológica a fim de se avaliar qual dos genitores tem melhores condições de exercer esse direito. Portanto, além dos conhecimentos sobre avaliação, psicopatologia, psicologia do desenvolvimento e da dinâmica do casal, assuntos atuais como a guarda compartilhada, falsas acusações de abuso sexual, síndrome de alienação parental, sobrecarga mental em mulheres e trabalho invisível feminino podem estar envolvidos nesses processos. Assim, é necessário que os psicólogos que atuam nessa área estudem esses temas e busquem a melhor forma de investigá-los, de modo a realizar uma avaliação psicológica de qualidade (LAGO et al, 2009).

- **Direito Civil**

A Psicologia é chamada a auxiliar nas varas cíveis principalmente em casos de interdição judicial e indenizações decorrentes de danos psíquicos (FRANÇA, 2004). Entende-se por dano psíquico a seqüela, na esfera emocional ou psicológica, de um fato particular traumatizante (EVANGELISTA; MENEZES, 2000). Cabe então ao

psicólogo, de posse de seu referencial teórico e instrumental técnico, avaliar a real presença desse dano, estando muito atento a possíveis manipulações dos sintomas.

Por sua vez, uma das possibilidades de interdição previstas pelo Código Civil são os casos em que, devido a enfermidade ou deficiência mental, os sujeitos de direito não disponham do necessário discernimento para exercer, por si mesmos, os atos da vida civil. Nesses casos, compete ao psicólogo nomeado perito pelo juiz realizar avaliação que evidencie ou não tal condição. À justiça, interessa saber se o transtorno do indivíduo o torna incapaz de reger sua pessoa e seus bens (MONTEIRO, 1999).

- Direito do Trabalho

O psicólogo pode atuar como perito em processos trabalhistas que envolvam, por exemplo, acidentes de trabalho e indenizações. Novamente enquanto perito, a psicóloga ou psicólogo que atuará nesta seara deverá realizar perícia a fim de avaliar o nexo causal entre as condições de trabalho e a repercussão na saúde mental do indivíduo. Ou seja, deve avaliar se foi, de fato, algum evento no trabalho que ocasionou o transtorno ou condição psicológica na pessoa ou se a condição psicológica em questão é devida a outro fator fora do trabalho. Na maioria das vezes, portanto, são solicitadas verificações de possíveis danos psicológicos causados por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, casos de afastamento e aposentadoria por sofrimento psicológico (CRUZ; MACIEL, 2005).

- Direito Penal

Neste setor, destaca-se o papel dos psicólogos junto ao Sistema Penitenciário e aos Institutos Psiquiátricos Forenses (LAGO et al, 2009).

A criação da Lei de Execução Penal (LEP), em 1984, foi um marco no trabalho dos psicólogos no sistema prisional, pois foi a partir dela que o cargo de psicólogo passou a existir oficialmente neste campo (CARVALHO, 2009). Conforme Arantes (2009), o psicólogo pode ser solicitado para atuar como perito a fim de avaliar periculosidade, condições de discernimento ou sanidade mental das partes em litígio ou em julgamento.

Existe ainda o trabalho dos psicólogos junto aos sujeitos com transtornos psiquiátricos que cometeram algum delito. Tais sujeitos não recebem pena comum, mas sim uma medida de segurança, decretada pelo juiz, de natureza punitiva, e são encaminhados para Institutos Psiquiátricos Forenses (IPF). Além de receber tais pessoas, os IPF são responsáveis pela realização de perícias oficiais na área criminal e pelo atendimento psiquiátrico à rede penitenciária (PICCININI, 2006). Mais adiante

neste capítulo, será feita discussão mais ampla sobre o trabalho do psicólogo na esfera penal.

- Outras subáreas de atuação
  - Psicologia do Testemunho ou do Jurado

A Psicologia do Testemunho trata do estudo dos testemunhos nos processos criminais, de acidentes ou acontecimentos cotidianos, quando os psicólogos podem ser solicitados para avaliar a veracidade dos depoimentos de testemunhas e de suspeitos, sempre atentando para a ocorrência do fenômeno das “falsas memórias”. Um método relacionado à Psicologia do Testemunho que vem ganhando espaço é o “Depoimento sem Dano”, que tem como objetivo proteger psicologicamente crianças e adolescentes vítimas de abusos sexuais e outras infrações penais que deixam graves sequelas no âmbito da estrutura da personalidade (LAGO et al, 2009).

- Vitimologia

Por meio dos trabalhos que compõem a chamada “Vitimologia”, o psicólogo busca fornecer atenção à vítima. Existem, no Brasil, alguns programas de atendimentos a vítimas de violência doméstica nos quais busca-se o estudo, a intervenção no processo de vitimização, a criação e aplicação de medidas preventivas e a prestação de assistência às vítimas, visando, assim, à reparação de danos causados pelo delito (LAGO et al, 2009).

É possível que ao psicólogo ou psicóloga também seja demandada a avaliação do comportamento e da personalidade da vítima para traçar o perfil e entender a relação delas com a infração penal, de modo a compreender se a prática do crime foi estimulada por sua atitude, o que pode denotar uma cumplicidade passiva ou ativa para com o criminoso (LAGO et al, 2009). Tal perspectiva, no entanto, é reflexo de uma cultura de culpabilização da vítima e, em muitos casos, não deve ser considerada ou utilizada.

- Mediação

A mediação se trata de uma forma alternativa de resolver litígios. As partes são as responsáveis por encontrar uma solução para o conflito, com a ajuda de um terceiro imparcial que atuará como mediador, neste caso, o psicólogo (LAGO et al, 2009).

A mediação trabalha com as emoções, promovendo, dentre outros fenômenos, a concentração nas emoções positivas, o deslocamento de emoções negativas para positivas e o desenho do futuro com base no sucesso das ações relacionadas com essas emoções. O resultado dessa estratégia é o apaziguamento, o que não significa

reconciliação ou reatamento de relações interpessoais (FIORELLI; MANGINI, 2017). Pode ser utilizada tanto no âmbito Cível como no Criminal.

#### *A Psicologia Jurídica e o Direito Penitenciário*

Como anteriormente afirmado, o encontro da Psicologia com o Direito Penal ocorre, mais frequentemente, para atender às demandas do sistema penitenciário. Direito penitenciário é esta área do Direito que diz respeito ao conjunto de normas jurídicas que dispõem sobre o tratamento dos sentenciados (MAGNABOSCO, 1998).

Desde o advento da LEP, o Exame Criminológico tornou-se prática única e cotidiana dos psicólogos dentro do sistema penitenciário. Esse exame era convocado pelos juízes das Varas de Execuções Penais para responder a questões sobre se uma determinada pessoa privada de liberdade teria ou não condições de continuar cumprindo sua pena em um regime mais brando, se as causas que a levaram a cometer o delito haviam sido extintas ou se sua periculosidade havia diminuído (CRUCES, 2010). Hoje, é proibida a realização de documentos escritos para subsidiar decisão judicial na execução das penas e de medidas de segurança (SERAFIM; SAFFI, 2014), incluindo-se aí o exame criminológico.

Hoje, nas varas criminais, a psicóloga ou o psicólogo tradicionalmente atua na realização de perícias, a qual que pode ser solicitada, conforme Serafim e Saffi (2014), ainda na fase de investigação policial, na fase processual ou na fase de execução penal. Seu objetivo envolve, por exemplo, avaliar a capacidade de autodeterminação e dirimir dúvidas acerca da veracidade de informações colhidas pelas partes dos processos. Além disso, pode ser requerida perícia nos casos de suspensão de medida de segurança, verificação de responsabilidade penal (imputação), verificação da eficácia do processo reeducativo (reinserção social, probabilidade de reincidência) e cessação de periculosidade (SERAFIM; SAFFI, 2014).

A concepção de homem que fundamenta a Criminologia moderna e que está por trás da requisição de exames criminológicos e demais perícias dicotomiza indivíduo e sociedade. A constituição do indivíduo é compreendida independentemente das condições concretas nas quais está inserido e, ao negar o aspecto social e histórico dessa constituição, o psicólogo que adota seus princípios contribui para sedimentar explicações que buscam na personalidade do preso, nas suas características orgânicas, em suas motivações inconscientes ou patológicas, as causas do crime (CRUCES, 2010). Conforme Vigotski (2015), todavia, a realidade social é construída pelas relações concretas que o indivíduo estabelece em seu ambiente e por determinismos de ordem

socioeconômica, de maneira que se compreende que a criminalidade e o indivíduo criminoso são também construídos.

Apesar disso, a Psicologia dentro do sistema prisional ainda atua de modo a realizar avaliações que ajudam a ocultar a produção das desigualdades sociais justificando-as como diferenças individuais e reforçando a exclusão de minorias através da concepção de patologia nas condutas (BOCK, 2001, *apud* BRASIL, 2007).

Na prisão, o detento sofre o que se chama de “prisionalização”: um processo de dessocialização que o leva a absorver a cultura prisional, sendo este mais um fator que dificulta sua volta efetiva à sociedade (CRUCES, 2010). O ambiente prisional de degradação, superlotação, ociosidade e violência estigmatiza o egresso, compromete sua integridade física, psíquica e moral, dificultando sua reconstrução (DINIZ, 2005, *apud* CRUCES, 2010). Depois, uma avaliação psicológica que não compreende efeitos como estes situa maus comportamentos em disposições individuais, fazendo análises rasas e incorretas e, em consequência, perpetuando e legitimando um sistema disfuncional.

Cabe ao psicólogo e aos demais trabalhadores do sistema prisional, assim, a responsabilidade de criar as condições necessárias para que a construção de novas significações seja possível. Para que essas pessoas possam realmente viver, fazer suas escolhas, analisar e prever as consequências de seus atos, trabalhar e participar da construção deste mundo, sentindo-se parte integrante dele, é preciso que sejam preparadas (CRUCES, 2010).

Este é um breve panorama da Psicologia Jurídica, com sua história e subáreas de atuação, com destaque para o Direito Penitenciário e a atuação do psicólogo nas varas criminais. A seguir, será relatada a experiência de uma estagiária de Psicologia, vivenciada no Fórum Criminal em João Pessoa, Paraíba.

## *II – Uma experiência e possibilidades na Execução Penal*

Em abril de 2013, me submeti a um concurso para realizar um estágio no Tribunal de Justiça da Paraíba, na área de Psicologia, com duração prevista de um ano. A inscrição era feita para todas as áreas, de forma que somente após a convocação é que se tomava conhecimento sobre em que local (vara) o estágio seria desenvolvido. Deste modo, uma vez aprovada no processo seletivo, fui convocada, em julho de 2013, para dar início ao estágio, quando soube que este seria desempenhado na Vara de Execução Penal (VEP) do Fórum Criminal de João Pessoa.

- Características do local de estágio e principais atividades desenvolvidas

O trabalho do setor psicossocial na VEP era de acompanhamento de cumprimento da pena de pessoas em livramento condicional. Ou seja, o trabalho seria, conforme o artigo 26 da LEP, de acompanhar egressos do sistema penitenciário a quem havia sido concedido o direito de cumprir o restante da pena em uma liberdade com condições.

O Artigo 25 da lei supracitada prevê assistência ao egresso do sistema prisional por meio de orientação e apoio para reintegrá-lo à vida em liberdade. É neste momento que entra a participação do setor psicossocial, e por onde meu estágio começou. Por isso, por trabalhar com pessoas que ainda cumprem pena, entendo que o trabalho do psicólogo nesta instância faz parte daquele relativo ao sistema penitenciário, ainda que não dentro de penitenciárias.

Na VEP, os apenados e apenadas a quem era concedido o livramento condicional eram aos poucos convocados para uma entrevista. Separadamente, duas estagiárias – eu na Psicologia e outra colega no Serviço Social – ouviam o liberado/liberada para conhecer as condições em que ele/ela estava vivendo desde que saiu do cárcere. A entrevista já era feita pela psicóloga e assistente social do local antes de nossa chegada, de maneira que não pudemos modificá-la. O roteiro usado pela psicóloga, particularmente, era dividido em seis blocos: estado civil, escolaridade, histórico, saúde, vida anterior ao cárcere e dados da prisão. Assim, apesar de ainda preocupar-se em interrogar sobre como havia sido a infância e adolescência da pessoa, a entrevista também buscava fazer um levantamento de sua saúde em geral, conhecer a vida antes da prisão e quais as principais dificuldades e projetos futuros desde que aquele sujeito adquiriu a liberdade condicionada.

Neste sentido, em conjunto com o serviço social, a tarefa envolvia fornecer orientação e encaminhamento de demandas subjetivas; estabelecer convênios e facilitar a inserção em Programas de Capacitação Profissional para aqueles interessados; assistência para obtenção de benefícios sociais, de saúde e trabalhistas; auxílio na aquisição ou regulamentação de documentos pessoais; encaminhamento à rede de saúde e auxílio e orientação para a retomada do processo de escolarização.

- As pessoas entrevistadas

No período entre julho de 2013 e junho de 2014, foram por mim entrevistadas 103 pessoas em livramento condicional, sendo 90 homens (87,3%) e 13 mulheres (12,6%), com média de idade de 36 anos (DP=10), indo de 21 a 70 anos. Deste total, 84 (81,5%) pessoas estavam trabalhando, formal ou informalmente, e 21 (20,3%) haviam

realizado algum curso na prisão. A grande maioria (71%) não havia sequer concluído o ensino fundamental e cumpria pena por roubo ou furto (56%), homicídio (22%) ou tráfico de drogas (14%). Vale salientar que essa prevalência do tipo penal foi típica dos homens, pois, no caso das mulheres, o crime mais frequente foi o tráfico de drogas ou o envolvimento com este (64,2%).

Ao longo do ano de atividades, pude compreender que existiam muitas diferenças individuais entre cada pessoa entrevistada, mas também muitas vivências em comum. Dentre as comunalidades, repetiam-se, por exemplo, padrões de abandono parental ou maternal; de vivência em condições socioeconômicas precárias na infância e na vida adulta, incluindo trabalho infantil; de envolvimento com infrações penais desde a adolescência e de incorrerem sempre nos mesmos crimes.

Chamou minha atenção o fato de que, apesar de a grande maioria estar trabalhando, algumas destas pessoas que entrevistei seguiam desempregadas (7,8% do total) e inclusive chegavam a se dizer desesperadas por se encontrarem nesta posição. Ao falar desta forma, ficava evidente o pedido de ajuda implícito e mudo, quase uma confissão latente de que, se continuassem assim, poderiam voltar a achar no crime uma forma de subsistir, ou seja, poderiam reincidir no crime.

Diante da falta de expectativas de muitos, e do fato de que se tratavam de egressos do sistema prisional, quer dizer, de pessoas que precisavam de ainda mais atenção sobre os rumos que estavam tomando ou iriam tomar, nós questionávamos, ao fim da entrevista, sobre seus projetos de vida ou planos para o futuro. Do total de entrevistados, foi verificado que 23% afirmava não ter nenhum plano ou projeto para sua vida agora em liberdade ou não responderam à pergunta. Foi relevante também o fato de que 6% das pessoas dizia que seu plano era apenas conseguir um emprego, qualquer que fosse, e 6% dizia que o plano era conseguir um emprego formal, “com carteira assinada”. Ainda, 12% dizia que seu projeto de futuro era “vencer na vida”, “se recuperar”, “se limpar com a justiça”. Ou seja, concretamente, nem todos sabiam o que iriam fazer dali em diante.

- Demais possibilidades de atuação na área

A equipe psicossocial, durante meu estágio, era muito pequena, sem espaço físico apropriado e não conseguia abarcar toda a demanda e o contingente de pessoas em livramento condicional, tampouco a proposta de recebê-las mais de uma vez para atendimento, mas o trabalho se mostrou de suma importância. Como afirma Barreto (2006), a vivência que o preso tem dentro do cárcere traz consequências irreparáveis

para sua vida que são levadas para fora dos muros da prisão. Por isso, a ausência de acompanhamento e de um trabalho que promova conscientização e transformação nas condições de vida das pessoas aprisionadas contribui para que elas sigam sendo discriminadas pela sociedade quando em liberdade (CRUCES, 2010).

O papel do psicólogo, neste sentido, junto a todos os demais profissionais do sistema, é fundamental em diversas frentes. As autoras Cruces (2010), Bemvenuto (2006) e a Cartilha “Diretrizes para atuação e formação dos psicólogos do sistema prisional brasileiro” (BRASIL, 2007), produzida pelo Ministério da Justiça, Departamento Penitenciário Nacional e Conselho Federal de Psicologia, fornecem importantes orientações para tanto.

Sugere-se que o trabalho dos psicólogos e psicólogas para com as pessoas privadas de liberdade seja, em primeiro lugar, de acompanhar tais pessoas durante todo o período de detenção de modo a fortalecê-las e prepará-las para o enfrentamento das suas condições de vida. A primeira frente é, logo, o auxílio na superação das condições de pobreza e/ou vulnerabilidade social (CRUCES, 2010).

Isso poderá ser feito levando-os ao autoconhecimento; pesquisando-se habilidades e competências já desenvolvidas ou que possam ser por eles ainda desenvolvidas; contribuindo para a melhoria do nível e da qualidade de escolarização, o que permitirá a busca de soluções mais criativas e eficazes no confronto com o cotidiano; desenvolver trabalhos que as levem a refletir e avaliar criticamente seus comportamentos e os dos demais (CRUCES, 2010) e estimular a descontinuidade dos círculos viciosos que favorecem a produção de mais encarceramento, violência e exclusão (BRASIL, 2007).

Para a aplicação de um trabalho efetivo com o liberado condicional, Bemvenuto (2006) sugere que também se estimule a reflexão para a importância da conquista de tal estágio probatório (o livramento condicional), que se incentive a descoberta das potencialidades individuais e a aplicabilidade em especificidades do trabalho autônomo informal, bem como que se favoreça o tratamento e a educação física, emocional e mental do indivíduo, estimulando a visão da importância de cuidados equitativos nesta tríade para a manutenção de uma vida salutar em pleno sentido. É tarefa do psicólogo ou psicóloga intervir sobre o sofrimento psicológico e sequelas emocionais causadas pela prisionalização dos sujeitos agora em liberdade, realizando os encaminhamentos necessários nas redes de apoio.

Acredito que uma das estratégias mais importantes de enfrentamento da exclusão social destes sujeitos seja trabalhar seus projetos de vida futuros. Projeto de vida é o objetivo de vida de longo prazo orientado para o futuro e significativo para o sujeito, que pode motivar e atribuir sentido à sua existência (BRONK et al, 2010). Para Tavares e Menandro (2008), o tempo de cadeia pode funcionar como bloqueador de construção de planos futuros, e, como já anteriormente mostrado, foi significativo o percentual daqueles que não demonstraram ter qualquer plano neste estágio. Portanto, é importante que o psicólogo facilite e os ajude a construir projetos sólidos dentro de suas possibilidades.

Por meio da escuta e de intervenções, o psicólogo deve ainda buscar desconstruir estigmas que os próprios apenados possam ter sobre si mesmos. Nesta linha, deverá seguir-se também um trabalho mais amplo e ao nível societal. Assim, deve-se atuar de maneira a desconstruir crenças do senso comum e, principalmente, o conceito de que o crime está relacionado sempre e unicamente à patologia ou história individual e enfatizar a existência de dispositivos sociais que promovem a criminalização, bem como defender, frente às autoridades, à equipe técnica, aos presos e a seus familiares, a importância da alfabetização e da educação como instrumentos da invenção de si e do mundo e de superação da condição de exclusão social (BRASIL, 2007).

Ainda neste nível, é fundamental que o psicólogo consiga promover e estimular discussões e reflexões sobre os custos e impossibilidades de que a prisão seja um espaço de socialização ou ressocialização. Portanto, é sempre indispensável advogar pelas penas alternativas e pela justiça restaurativa quando mais viável. Nessa mesma vertente, é desejável que o psicólogo que atua no sistema de execução penal revele para a sociedade o mundo das prisões em toda a sua realidade, para que a sociedade tome consciência de suas mazelas e venha a exigir, de tal modo, novas formas de investimento e de trato para os crimes e criminosos (CRUCES, 2010) e uma mudança na estrutura social que cria marginalizações.

- Comentários e reflexões acerca do estágio realizado: em busca de visão crítica

Em vista desta experiência, algumas reflexões críticas foram sendo tecidas. Ficou evidenciado que a sociedade, em geral, tal como afirma Cruces (2010), parece se preocupar apenas com o encarceramento e com a punição, não se importando em considerar, racionalmente, que se a pessoa é presa e submetida a condições degradantes e desumanas e nada for oferecido para que modifique a si mesma e a sua vida, ao adquirir a liberdade, torna-se alta a probabilidade de reincidência. O modelo carcerário

no trato e na prevenção da criminalidade é ineficaz e gera revolta. Trata-se de um método incapaz de “recuperar” pessoas que cometeram crimes porque o problema da criminalidade é muito mais social que individual.

Como poderia se dar uma atuação do psicólogo jurídico que se utilize de uma visão integral dos sujeitos e de suas realidades? Por exemplo, no âmbito das Varas de Família, recomenda-se que psicólogos e estagiários não estigmatizem mães solo, e sim revelem a dificuldade psicológica inerente a esta posição; não patologizem a adoção por casais homoafetivos, mas sim que tentem verificar se os adotantes possuem as características materiais, psicológicas e afetivas necessárias para uma adoção bem sucedida e que exponham estudos que indiquem a ausência de quaisquer problemas neste tipo de adoção. No âmbito penal, que compreendam as consequências da profunda desigualdade social de nosso país no fenômeno da criminalidade e que trabalhem para ajudar infratores a superar esta condição, analisando quais são suas dificuldades psicológicas, socioeconômicas, materiais e como podem superá-las; que atuem em casos de violência contra a mulher com conhecimento sobre machismo, feminicídio e violência de gênero em nosso país, de maneira a analisar acuradamente os casos, a não julgar as vítimas a partir de uma ótica superficial e descontextualizada, e desenvolver estratégias de empoderamento com estas mulheres, dentre outros.

A importância de não patologizar ou psicologizar, de antemão, toda demanda que se recebe, e a escuta desta demanda não se mantiver crítica, vem do fato de que se está correndo o risco de cair na psicologização de todo ato considerado socialmente "desviante", sendo que, muitas vezes, o desviante é um sinal de que algo não vai bem no social, de que algo precisa mudar. O sistema não assume esta responsabilidade, e alguns profissionais, como o psicólogo, devem fazê-lo ouvir o que querem calar (MIRANDA JÚNIOR, 1998).

Nesta conjuntura, é necessário ressaltar que as ações dos psicólogos, assistentes sociais, educadores e demais profissionais que atuam no sistema prisional são importantes, mas são mais ações no sentido de minimizar sintomas e não de eliminar as causas do problema. Portanto, enquanto não se consegue chegar às causas e à mudança social, deve-se trabalhar de maneira a minimizar os sintomas agindo com as pessoas durante todo o período em que cumprem pena. A Psicologia Jurídica deve ser um ramo de atuação da Psicologia voltado para a observância dos direitos fundamentais dos indivíduos com quem trata, contribuindo para garanti-los à sua maneira, a partir de suas

especificidades, em complementaridade ao papel dos assistentes sociais, defensores públicos e advogados, juízes, promotores de justiça, etc. neste sentido.

### **Considerações Finais**

Ao longo dos apontamentos feitos neste capítulo, foi possível apreender que a atuação dos psicólogos e psicólogas no âmbito jurídico é predominantemente voltada para a realização de perícias e avaliações psicológicas em geral. Embora sejam atividades importantes e que caracterizam esta profissão, a prática pode ser limitada para compreender toda a complexidade dos sujeitos, que são sociais por excelência. A Psicologia Jurídica deve ter sempre em perspectiva que o sujeito não se encontra num vácuo social e que seus comportamentos e sua subjetividade sofrem massiva influência do meio social em que vive, e isso deve ser considerado nos trabalhos desenvolvidos no âmbito jurídico para que não sejam feitas análises rasas, insuficientes ou equivocadas, pois trata-se de um espaço legal que pode gerar, como consequência, decisões definitivas e irreparáveis.

Faz-se necessário também que seja ampliada a oferta de estágios em Psicologia na seara do judiciário. Aos futuros estagiários, recomenda-se que busquem realizar análises críticas sobre a realidade com que vão se deparar, a fim de desenvolver, junto aos psicólogos (e estimulá-los neste sentido), atuações que possam efetivamente ajudar as pessoas a superarem as questões que estão enfrentando na (e com) a Justiça em vez da perpetuação de práticas inócuas de patologização destas pessoas que não atingem a raiz dos problemas.

As possibilidades de atuação da Psicologia nas esferas judiciárias são muitas, mas, oficialmente, a prática é recente e ainda engessada em perspectivas mais tradicionais e pouco eficazes. Por isto, pode-se entender que se vive, ainda, um momento de construção da Psicologia Jurídica e de sua identidade própria. A participação de estagiários na área é imprescindível para demonstrar ao Judiciário que os psicólogos e psicólogas têm práticas importantes para contribuir na garantia e proteção dos direitos fundamentais das pessoas.

### **Questões**

1. Qual contribuição a Psicologia prestou, no passado, ao Direito? E qual o papel que tem/deve ter hoje em dia?
2. Quais são as principais atividades do psicólogo jurídico nas Varas da Infância e Juventude?
3. Cite três possibilidades de intervenção do psicólogo no campo penitenciário.

## Referências

ARANTES, Esther Maria de Magalhães. Pensando a psicologia aplicada à justiça. In: GONÇALVES, Hebe Signorini; BRANDÃO, Eduardo Ponte. **Psicologia jurídica no Brasil**, p. 15-49, 2 ed. Rio de Janeiro: Nau, 2009.

BARRETO, Mariana Leonesy da Silveira. Depois das grades: um reflexo da cultura prisional em indivíduos libertos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 26, n. 4, p. 582-593, 2006.

BEMVENUTO, Rosana Antonia Araújo Lima. Livramento condicional: do direito de reconquistar a cidadania à reparação dos danos. SERAFIM, Antonio de Pádua; BARROS, Daniel Martins de; RIGONATTI, Sérgio Paulo. **Temas em Psiquiatria Forense e Psicologia Jurídica II**. São Paulo: Vetor, 2006.

BRASIL. Ministério da Justiça. Relatório de atividades; Departamento Penitenciário Nacional; Conselho Federal de Psicologia. Diretrizes para atuação e formação dos psicólogos do sistema prisional brasileiro. Brasília, 2007. Disponível em: <[https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/depen\\_cartilha.pdf](https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/depen_cartilha.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2018.

BRONK, K. C.; HILL, P. L.; LAPSLEY, D. K.; TALIB, T. L.; FINCH, H. Purpose, hope, and life satisfaction in three age groups. **The Journal of Positive Psychology**, v. 4, n. 6, p. 500–510, Nov. 2010.

CARVALHO, Salo. O papel da perícia psicológica na execução penal. In: GONÇALVES, Hebe Signorini; BRANDÃO, Eduardo Ponte. **Psicologia jurídica no Brasil**, p. 141-155, 2 ed. Rio de Janeiro: Nau, 2009.

CESCA, Taís. O lugar da psicologia forense na violência intrafamiliar. **Psicologia para América Latina**, Mexico, n. 2, ago. 2004. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1870-350X2004000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2004000200006)>. Acesso em: 22 nov. 2018.

CRUCES, Alacir Villa Valle. A situação das prisões no Brasil e o trabalho dos psicólogos nessas instituições: uma análise a partir de entrevistas com egressos e reincidentes. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 78, n. 1, p. 136-154, jan./jun. 2010.

CRUZ, Roberto Moraes; MACIEL, Saily Karolin. Perícia de danos psicológicos em acidentes de trabalho. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 120-129, 2005. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/html/4518/451844610012/>>. Acesso em: 23 nov. 2018.

CUNHA, Jurema Alcides. **Psicodiagnóstico-v. 5 ed.** Porto Alegre: Artmed, 2007.

DE JESUS, Fernando. **Psicologia aplicada à Justiça.** 2 ed. Goiânia: AB, 2006.

ESTEVAM, Ionara Dantas. **Adolescente em conflito com a lei, resiliência, valores humanos e suporte familiar: um estudo das representações sociais.** 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Doutorado Integrado Universidade Federal da Paraíba e Universidade Federal do Rio Grande do Norte, João Pessoa.

EVANGELISTA, Roberto; MENEZES, Ivani Valarelli. Avaliação do dano psicológico em perícias acidentárias. **Revista IMESC**, n. 2, p. 45-50, 2000.

FIORELLI, José Osmir; MANGINI, Rosana Cathya Ragazzoni. **Psicologia jurídica.** 8 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

FRANÇA, Fátima. Reflexões sobre psicologia jurídica e seu panorama no Brasil. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, 2004, 6.1.

FREUD, Sigmund. Psycho-analysis and the ascertaining of truth in courts of law. In: FREUD, S. **Clinical papers and papers on technique, collected papers of Sigmund Freud.** New York: Basic Books, 1906

GARZÓN, Adela. **Psicología y Justicia.** Valencia: Promolibro, 1989.

GROTH-MARNAT, Gary. **Handbook of psychological assessment.** 3ed. New York: Wiley & Sons, 2009.

LAGO, V. M. et al. Um breve histórico da psicologia jurídica no Brasil e seus campos de atuação. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 4, p. 483-491, dez. 2009.

MAGNABOSCO, Danielle. Sistema penitenciário brasileiro: aspectos sociológicos. **Revista Jus Navigandi**, ISSN 1518-4862, Teresina, ano 3, n. 27, 23 dez. 1998. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/1010>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

MARIANO, J. M.; SAVAGE, J. Exploring the language of youth purpose: references to positive states and coping styles by adolescents with different kinds of purpose. **Journal of character education**, v. 7, n. 1, p. 1-24, 2009.

MIRANDA JUNIOR, Hélio Cardoso de. Psicologia e justiça: a psicologia e as práticas judiciárias na construção do ideal de justiça. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 18, n. 1, p. 28-37, 1998. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931998000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931998000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 16 de fevereiro de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931998000100004>.

MONTEIRO, W. B. Da Curatela. In: \_\_\_\_\_. **Curso de direito civil: Direito de família**. São Paulo: Saraiva, 1999.

PICCININI, Walmor. Resenha do livro intitulado **Psiquiatria forense: 80 anos de prática institucional**. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 28, n. 3: p. 361-362, dez.2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082006000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 nov. 2018.

POPOLO, Juan H. del. **Psicologia judicial**. Mendoza: Ediciones Juridicas Cuyo, 1996.

ROVINSKI, Sonia Liene R. La psicologia jurídica em Brasil. In PORTILLO, Javier Urra. **Tratado de psicología forense**. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, 2002.

SERAFIM, Antonio De Pádua; SAFFI, Fabiana. **Psicologia e práticas forenses**. 2 ed. Barueri: Manole, 2014.

TAVARES, Gilead; MENANDRO, Paulo Rogério Meira. Trajetórias de vida de presidiários e possíveis sentidos para a prisão. **Revista Psicologia Política**, v. 8, n. 15, p.121-138, 2008.

VIGOTSKI, Lev Semyonovich. **A formação social da mente**. 7 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2015.

WEBER, Lidia Natalia Dobrianskyj. Critérios de seleção de pais adotivos: em discussão. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 123-137, jan./dez. 1997.

12 A importância dos recursos técnicos da dinâmica de grupo no desenvolvimento das relações interpessoais

Maria Jozina Ferreira

## INTRODUÇÃO

A dinâmica de grupo como ferramenta facilitadora das relações interpessoais

O referido capítulo discorrerá acerca da importância dos recursos técnicos da dinâmica de grupo no desenvolvimento das relações interpessoais, objetivando descrevê-las, desmistificando as crenças acerca desta área das ciências sociais, adotada pela psicologia como um relevante recurso, sobretudo em contextos clínicos, organizacionais, hospitalares e educacionais.

Nesse sentido, compreende-se por relações interpessoais, de acordo com Moscovici (2008) as interações que ocorrem desde o primeiro contato, seja

comunicando, simpatizando, sentindo atrações, antipatizando, sentindo aversões, entrando em conflito, competindo, colaborando ou desenvolvendo afeto, possibilitando possíveis inferências criadas a partir das nossas percepções.

Ainda de acordo com a autora supracitada, essas relações – positivas ou negativas – estão condicionadas a um conjunto de fatores psicológicos, de experiências anteriores e motivações do momento. Desse modo, essas impressões podem sofrer variações de pessoa para pessoa, prevalecendo ou não pré-conceitos.

Para tanto, torna-se importante, dentro das distintas relações, o desenvolvimento de competências interpessoais, a fim de manter para com o outro uma relação saudável, podendo nessa perspectiva, utilizar da dinâmica de grupo como um mediador entre essas relações, já que esses fatores não se configuram como um dom ou um talento inato da personalidade, e sim uma capacidade que poderá ser desenvolvida. O resultado disso, é uma percepção mais realista do outro e a desconstrução da primeira impressão, principalmente quando distorcida.

De acordo com Moscovici (2008) em ambientes de trabalho, por exemplo, sentimentos positivos, cooperação e produtividade poderão possivelmente repercutir favoravelmente, despertando uma melhor comunicação entre colaboradores, aperfeiçoando as interações sociais e melhorando conseqüentemente a produtividade da empresa

Salienta-se, portanto, que a dinâmica de grupo em sua mais ampla conceituação, poderá ser compreendida a partir de três importantes concepções: a vertente ideológica que é caracterizada como o estudo das formas e direções grupais. Perspectiva fenomenológica referente ao campo de pesquisa, que considera como se formam os grupos, como eles se desenvolvem e se mantêm, quais são e como se aplicam as leis que as regem. E tecnológica, na qual os estudos voltam-se para a dinâmica enquanto conjunto de técnicas utilizadas em intervenções nos grupos diversos (GATTAI, 2014).

Ainda no que diz respeito a vertente tecnológica, Minicucci (2004) menciona que os recursos técnicos são os procedimentos, meios ou processos que são utilizados para despertar aspectos até então “não percebidos” pelo grupo. Nesse sentido, o uso das técnicas vivenciais, objetivam aumentar a capacidade de comunicação e cooperação, além de incentivar a espontaneidade e criatividade. Como bem compreendido, essa vertente é um possível agente facilitador no aprimoramento das relações interpessoais, na qual poderá revigorar de forma positiva quando exercitada.

Vale salientar, que nesse contexto, há quem facilite esse processo, com total imparcialidade e cautela, a fim de não comprometer ou manipular o grupo de alguma forma. Esse papel atribuído ao facilitador, tem como objetivo compreender os significados das relações, percebendo e decodificando a linguagem grupal manifestada no inter-relacionamento dos membros que o compõe. Deve acolher, analisar e desenvolver de maneira adequada para o grupo as emoções contidas na dinâmica grupal, compreendendo seu visível e seu invisível, ou facilitando o seu emergir (GATTAL, 2014).

Ainda de acordo com a autora acima mencionada, também é seu papel conduzir os indivíduos a tomarem consciência de suas relações com os outros membros, o que promove o desenvolvimento pessoal de cada um. Para isso, é preciso que tenha sensibilidade e percepção para observar e interpretar os processos emergenciais do grupo.

Práticas facilitadoras dos processos grupais

### **TÉCNICA 1:**

**Tema:** Integração

**Nome da técnica:** Orquestra da Vida

**Objetivo:** Facilitar o desenvolvimento das relações intra e interpessoais

**Fase do Desenvolvimento do Grupo:** Inclusão Controle (Schutz)

#### **Procedimentos:**

##### **Aquecimento**

- O facilitador (a) convida ao grupo a escolher imagens de instrumentos que se encontram espalhados no centro da sala;
- Em seguida o grupo é convidado a mostrar o instrumento dizendo o porquê da escolha.

##### **Ação**

- Dividir os grupos pela escolha dos instrumentos: 1. Violão; 2. Bateria; 3. Piano; 4. Sanfona; 5. Flauta;
- Solicitar ao grupo que converse sobre a palavra que se encontra escrita atrás do instrumento
- Quais são as maiores **alegrias** que você experimentou aqui no curso;

- Quais as maiores **dificuldades** que você encontra no curso;
- Quais os seus **sonhos** em relação a sua profissão
- Quais alguns **segredos** para ser um bom Profissional
- Quais os maiores **desafios** que você acredita que encontrar em sua profissão
- Solicitar ao grupo que escolha uma forma para representar o que foi discutido pelo grupo.
- Apresentação dos grupos.

### **Avaliação**

- O grupo expressa o sentimento experimentado em relação à vivência.

### **Encerramento**

- A facilitadora convida ao grupo a ouvir a música “Te ofereço paz” (Walter Pini)

**Material utilizado:** Cartolinas, revistas, tesouras, som, papel ofício com imagens dos instrumentos, lápis hidrocor, giz de cera e etc.

### **TÉCNICA 2:**

**Tema:** Mudança

**Nome da técnica:** Mudar de casa

**Objetivo:** facilitar um momento de reflexão do grupo com relação a necessidade de mudanças.

**Fase do Desenvolvimento do Grupo:** Controle (Schutz)

**Procedimento**

#### **Aquecimento**

- O grupo é convidado a buscar uma posição confortável e entrar em contato com o corpo
- O facilitador (a) convida o grupo a ver o vídeo “acalmando a mente”, e entrar em contato com o seu mar interno.
- O grupo é solicitado a fechar os olhos e ouvir o poema “mudar de casa”

#### **Ação:**

- Ao som da música “corsário” de João Bosco, o facilitador (a) convida o grupo a olhar para o mar que se encontra simbolizado no centro da sala, e que a partir de uma reflexão sobre momentos vivenciados na vida, procure pensar em algo que deseja mudar.
- O grupo é convidado a ir até o centro da sala que se encontra uma simbologia do mar e pegar uma garrafinha e colocar dentro dela o seu “desejo de mudar”. (neste momento será colocado mais uma vez a música “corsário”).
- Em seguida, os participantes serão divididos em subgrupos.
- Os participantes são convidados a partilhar no subgrupo o que deseja mudar.
- O grupo é convidado a construir algo que simbolize o desejo de mudança do grupo
- Apresentação dos grupos.

### **Avaliação**

- O grupo é convidado a colocar o sentimento a partir do conteúdo da vivência.

### **Encerramento**

- O grupo é convidado a ficar de pé, ouvir e cantar a música “como uma onda” Lulu Santos

**Material utilizado:** Garrafas de plástico, folhas de ofício, lápis hidrocor, poema, POEMA “Mudar de casa” (Chega um tempo na vida da gente que sentimos a necessidade de mudar, seja de casa ou de nós mesmos. Largar coisas muito enraizadas e profundas, mas que já não servem mais. Então surge a ideia de olhar casas novas, em todos os sentidos! Quem sabe algumas em ruas estreitas que precisamos percorrer, ou outras que fiquem em ladeiras bem íngremes, para desenvolver a nossa força. Ou quem sabe simplificar resgatar o velho e criar um novo lugar! Ou talvez procurar uma nova casa, que tenha muita água por perto, para amolecer a nossa argila, que são as nossas crenças... Muitas vezes não é necessário trocar de casa, mas olhar com outros olhos para dentro dela. Quem sabe, chega um tempo na vida da gente que sentimos a necessidade de mudar, ou melhor, possamos visualizar um rio com águas transparentes, que tem a capacidade de levar embora as preocupações que não precisamos mais! Ou ainda que reflitam o nosso interior! E se ainda pudermos ir para perto do mar, que maravilha! Quantos ensinamentos ele tem para nos dar, basta se aquietar e observar!

Lugares que tenham água por perto, ajudam a amolecer a terra seca, que é igual a nossa dureza, rigidez e incompreensão. Olhar através de arcos resulta em enxergar aquilo que realmente precisamos ver! Começamos a entender que a casa é a nossa morada, somos responsáveis por ela. Podemos dar cor ou não, mas o colorido exige mais cuidado. Observar se não está construindo muros muito fechados em volta da nossa casa. Muros separam, pontes ligam, aproximam. Através das pontes podemos ver o outro lado. Conhecer o outro lado muda a nossa percepção, nos transformar. Começamos a ter uma nova visão! E com a nova visão, fica mais fácil pensar na nova construção ou reforma! Precisamos nos aproximar mais das pessoas? Por acaso nos isolamos demais? Ou precisamos nos aquietar mais? Quem sabe um lugar mais alegre? Ou precisamos caminhar silenciosamente por ruas desconhecidas? Olhar para nossa casa requer coragem e força... É enxergar o que precisa ser mudado ou desapegar do velho! É olhar fundo. E quando o desapego acontece, ele nos leva a situações caóticas, mais valiosas! Neste momento surge uma confusão de cores e caminhos! É a reforma. Muitas vezes surgem o frio e o escuro, mas como tudo passa, sempre vem o novo dia para clarear! Toda reforma ou mudança traz “caos”! Mas precisamos lembrar que vale a pena, o resultado chega! Se a angústia bate à porta é hora de abrir e atender! Ela vem avisar que alguma coisa precisa mudar! Quem sabe uma pausa para refletir sobre tudo isso! Olhar para o rio e perceber que ele corre sozinho e tem seu tempo. Faz seu curso e segue livre, a cada lugar que o rio passa, ele vê novas paisagens, e nós queremos nos fixar! Permanecer! É hora de recomeçar, mudar de casa ou reformar! Assumir responsabilidades, ser dono delas! Com certeza não é fácil, mas vale a pena...)

### **TÉCNICA 3:**

**Tema:** Relações Interpessoais

**Nome da Técnica:** O colorido das relações

**Objetivo:** Facilitar um momento de encontro com o eu e o outro

**Fase do Desenvolvimento do Grupo:** inclusão (Schutz)

#### **Procedimento:**

##### **Aquecimento**

- O grupo é convidado a ficar de pé. e ouvir o texto” Um garotinho chamado amor” e em seguida, o facilitador sugere que o grupo siga o comando do texto.

## Ação

- No centro da sala se encontra um TNT branco e o grupo é convidado a escolher uma parte nas laterais do TNT e fazer um desenho que lhe represente.
- Após os participantes finalizarem os desenhos no TNT, serão convidados a comentarem sobre o significado dos seus desenhos.
- O grupo é convidado acompanhado de uma música a olhar o painel com os desenhos
- O grupo é convidado a fazer um desenho no centro do TNT que represente todos os desenhos

## Avaliação

- O grupo expressa o sentimento em relação à vivência.

## Encerramento:

- O facilitador (a) convida o grupo ao ouvir o texto “O amor é Rosa” de Paulo Leminsk

**Material utilizado:** TNT, lápis hidrocor, tinta e o texto “um garotinho chamado amor”  
GAROTINHO CHAMADO AMOR

Fazer gestos cada vez que na história aparecer as seguintes palavras:

PAZ - APERTO DE MÃO

AMOR- UM ABRAÇO

GARRA- TROCA DE LUGAR

SORRISO- GARGALHADA

BEM VINDOS-PALMAS

Era uma vez um garotinho chamado AMOR.

O AMOR sonhava sempre com a PAZ.

Certo dia descobriu que a vida só teria sentido quando ele descobrisse a PAZ e foi justamente nesse dia que o AMOR saiu a procura da PAZ.

Chegando ao colégio onde ele estudava, encontrou os seus amigos que tinham um SORRISO nos lábios e foi nesse momento que o AMOR passou a perceber que o SORRISO dos amigos, transmitia a PAZ. Pois percebeu que a PAZ existe no interior de cada um de nós, e para isso basta dar um SORRISO.

E nesse instante, interferindo os pensamentos do garotinho AMOR, a turma gritou bem forte:

- AMOR, AMOR, você encontrou a PAZ que procurava?

O AMOR respondeu com muita garra: sim! Sim! Encontrei. Vocês querem saber?

Tragam a PAZ, um SORRISO bem bonito e sejam BEM – VINDOS!

#### **TÉCNICA 4:**

**Tema:** Sensibilização

**Nome da técnica:** Diversidade dos sentimentos

**Objetivo:** Proporcionar ao grupo um momento de encontro com os sentimentos

**Fase do Desenvolvimento do Grupo:** Controle e afeição (Schutz)

**Procedimento:**

#### **Aquecimento**

- *O facilitador (a)* convida ao grupo a escolher uma letra, dizer o nome e uma característica que comece com a letra.

#### **Ação**

- O grupo é convidado a se dividir pela cor das letras

- Solicitar ao grupo que forme uma palavra com as letras

- O facilitador convida o grupo a conversar sobre um momento ocorrido em sua vida que tenha vivenciado esse sentimento

- Solicita ao grupo que escolha uma música que contenha o sentimento

- O grupo é convidado a cantar a música e dividir com o grupão sobre o que foi conversado no subgrupo

#### **Avaliação**

- O grupo é convidado a expressar o sentimento em relação à vivência.

#### **Encerramento**

- O facilitador (a) convida ao grupo a ouvir a música de Geraldo Azevedo “fundamental é ser feliz”

**Material utilizado:** Letras coloridas de EVA

## **TÉCNICA 5:**

**Tema:** Relações interpessoais

**Nome da Técnica:** Circo Interpessoal

**Objetivo:** Trabalhar os diversos papéis desempenhados ao longo da vida

**Fase do Desenvolvimento do Grupo:** inclusão, controle e afeição (Schutz)

**Procedimento:**

### **Aquecimento**

- O facilitador entrega ao grupo cantoneiras e coloca material de pintura na sala. orienta-os a pegar uma cantoneira e a desenhar seu nome.
- Em seguida cada um vem à frente e apresenta seu nome, contando a história que o originou, dessa forma identificando seu primeiro papel social: o de filho (a)

### **Ação:**

- É colocado no centro da sala, cartazes com papéis circenses, virados para baixo e solicita-se que cada participante escolha um e aguarde o comando para virá-lo.
- O facilitador (a) informa que, ao longo de nossa vida, desempenhamos vários papéis sociais e que no cartaz escolhido há um papel circense que podemos associá-lo a nossa vida.

### **Papeis circenses:**

1. O malabarismo pode ser definido como a arte de manipular objetos com agilidade e precisão. Em nossa vida profissional, muitas vezes precisamos equilibrar conflitos, buscar soluções.
2. O palhaço é a alma do circo. Através de sua alegria e simpatia, busca integrar todos e gerar empatia. Mesmos nos dias mais difíceis de sua vida pessoal, não deixa transparecer para seu público
3. O mágico é o profissional que cria e apresenta truques de magia para encantar seu público.

4. Apresentador: É o responsável por apresentar todas as atrações, precisa ter total conhecimento de como funciona o circo e quais as atrações que se apresentarão.

- O facilitador convida o grupo a observar o papel escolhido e se reagrupar de acordo com a escolha do papel. Os subgrupos são orientados a conversarem sobre o papel escolhido e associarem ao seu papel profissional. O apresentador precisará visitar todos os subgrupos para saber a melhor forma de apresentá-los.

- Os subgrupos são orientados a se apresentarem ao grupão, mostrando o papel escolhido.

### **Avaliação**

- O grupo é convidado a colocar como foi a experiência.

**Material utilizado:** cantoneiras, hidrocor, música circense, cola, sucatas, cola, revistas, tesouras, etc.

### **TÉCNICA 6:**

**Tema:** Emoções

**Nome da Técnica:** O baralho das emoções

**Objetivo:** Refletir a importância do equilíbrio das emoções em nossas vidas

**Fase do Desenvolvimento do Grupo:** controle e afeição (Schutz)

**Procedimento:**

### **Aquecimento**

- O facilitador convida o grupo a pegar uma carta que contém uma emoção e dizer o seu significado.

### **Ação**

- O grupo é convidado a se dividir de acordo com a emoção.

- O subgrupo é solicitado a compartilhar um momento significativo que tenha experimentado essa emoção.

- Em seguida o facilitador (a) informa aos participantes que eles devem construir algo que possa representar a emoção do grupo.

- Apresentação dos grupos.

### **Avaliação**

- O grupo é convidado a colocar os sentimentos experimentados a partir da vivência.

### **Encerramento**

- Os participantes são convidados a ficarem de pé e cantarem a música "emoção" de Roberto Carlos

**Material utilizado:** Baralho das emoções, papel ofício, hidrocor, tinta, cartolinas etc.

### **TÉCNICA 7:**

**Tema:** auto- conhecimento

**Nome da Técnica:** Eu e minha profissão

**Objetivo:** Refletir sobre a sua escolha profissional

**Fase do Desenvolvimento do Grupo:** controle (Schutz)

### **Procedimento:**

#### **Aquecimento**

-Ao som de uma música, o facilitador (a) conduz o grupo a um relaxamento corporal.

- Em seguida pede para cada um a pensar no que vê, no que escuta, no que sente e no que fala ou que lhe toca em relação à profissão da psicologia

#### **Ação**

- O facilitador (a) pede para o grupo escolher uma das figuras que representam os 5 sentidos e que se encontram espalhadas no centro da sala.

(A boca: o que você fala sobre a sua profissão; o nariz é o que você sente com relação a profissão; os olhos é o que você vê; o ouvido o que você escuta e as mãos o que lhe toca em sua profissão).

- Divide os grupos de acordo com as escolhas das figuras e pede para conversarem sobre o porquê da escolha.
- Solicita ao grupo que criem algo que possa simbolizar o conteúdo conversado pelo grupo.
- Apresentação dos grupos.

### **Avaliação**

- O grupo é convidado a colocar os sentimentos experimentados a partir da vivência.

### **Encerramento**

- Figuras ilustrativas de boca, nariz, olhos, ouvido, mãos, cartolinas, cola, giz de cera, lápis hidrocor, cola colorida e etc.

**Material utilizado:** Figuras ilustrativas de boca, nariz, olhos, ouvido, mãos, cartolinas, cola, giz de cera, lápis hidrocor, cola colorida e etc.

### **TÉCNICA 8:**

**Tema:** Sensibilização

**Nome da Técnica:** Cuidando da vida

**Objetivo:** Refletir sobre a importância do cuidado da vida

**Fase do Desenvolvimento do Grupo:** afeição (Schutz)

### **Procedimento**

#### **Aquecimento**

- Ao som de uma música, o facilitador (a) conduz o grupo a um relaxamento corporal.

#### **Ação**

- O grupo é convidado a pegar um ovo que se encontra em uma cesta no centro da sala.

- O grupo é convidado a pintar o ovo, dando a cor e a expressão que preferir.
- Cada pessoa é convidada a fazer um ninho para colocar o seu ovo.
- Cada participante é convidado a ser responsável pra cuidar do seu ovo, como se fosse uma vida.
- O grupo é convidado a colocar o ovo no centro da sala em um grande ninho se misturando aos demais. Desse modo refletindo a importância do outro em nossas vidas.
- O Grupo é convidado a pegar o seu ovo e levar pra casa, se comprometendo a cuidar melhor de sua vida

### **Avaliação**

- O grupo é convidado a colocar os sentimentos experimentados a partir da vivência.

### **Encerramento**

- O grupo é convidado a ouvir e cantar a música o que é o que é (Gonzaguinha)

**Material utilizado:** Ovo, embalagem para colocar o ovo (garrafa peti), lápis hidrocor, tinta, cola colorida, papel picado, papel seda, etc.

## **PERCURSO METODOLÓGICO**

Essa pesquisa foi caracterizada como bibliográfica. De acordo com Cajueiro (2013) esta resume-se à análise e discussão apenas de referencial bibliográfico de autores, literaturas ou artigos sobre o tema da pesquisa. Os seja, não se utiliza de pesquisa prática, apenas teórica, de material impresso e eletrônico. E tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica que se realizaram sobre determinado assunto ou fenômeno.

Para levantamento de dados foi realizada uma busca em artigos científicos em bases de dados confiáveis e que apresentavam conteúdos referentes ao eixo do levantamento bibliográfico. Foram utilizadas bases como: Google Acadêmico, Scielo, Clássicos impressos, textos produzidos pela própria autora e demais fontes julgadas importantes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O referido capítulo, que abordou questões acerca da dinâmica de grupo nas relações grupais, teve o propósito de abranger a percepção do leitor acerca dessa sub área que vem sendo essencial para a prática e manejo do profissional de psicologia, sobretudo, com fins de aprimoramento, como já mencionado, das relações interpessoais.

Para tanto, salienta-se, diante de observações, que nos dias atuais a dinâmica de grupo na vertente tecnológica ainda é percebida como uma ferramenta informal, na qual o senso comum a utiliza de maneira avulsa, sem qualquer, compromisso e responsabilidade para com o outro, apresentando, por vezes, uma postura incoerente com os objetivos do mesmo.

Nas próprias empresas, quando na ausência de profissionais capacitados, é possível perceber que os próprios responsáveis/gestores avaliam as “qualidades” de futuros colaboradores, aplicando técnicas a sua maneira, sem ao menos ter vivência e conhecimento científico, quesitos primordiais para facilitar tal processo, comprometendo a fidedignidade destes recursos.

Nessa perspectiva, torna-se importante destacar que cada técnica utilizada pode desencadear uma série de emoções (agradáveis e/ou desagradáveis) desencadeadas a partir de vivências que são despertadas no decorrer desse processo, e o profissional precisará lidar com a singularidade de cada componente do grupo, e saber como conduzir para que haja um fechamento assertivo.

É a partir desse desempenho que faz que com que as contribuições do facilitador sejam significativas no crescimento intra e interpessoal do grupo, se bem direcionados. Assim como se torna também imprescindível o estabelecimento de uma relação de confiança, empatia e reconhecimento das potencialidades do grupo facilitado.

Contudo, torna-se relevante alertar que a escolha de um profissional adequado exige responsabilidade, uma vez que estimular memórias, emoções e sentimento é por vezes, reavivar uma área vulnerável do indivíduo. Além disso, é possível que o profissional se depare com situações inesperadas ao longo da sua condução, a exemplo das resistências, competitividade e comunicações com filtragens/bloqueios, o que faz elevar a responsabilidade do facilitador no desempenho do seu papel.

Por fim, Espera-se que o presente estudo contribua na vida acadêmica dos alunos, no sentido de ampliar o conhecimento acerca dos fenômenos grupais e sobretudo da importância da utilização dos recursos técnicos, que sendo utilizado de

forma adequada pode proporcionar um maior desenvolvimento das habilidades e competências interpessoais.

## REFERÊNCIAS

CAJUEIRO, Roberta Liana Pimentel. **Manual para Elaboração de Trabalhos Acadêmicos – Guia Prático do Estudante**. Petrópolis: Vozes, 2013.

GATTAI, Maria Cristina P. **Dinâmicas de Grupo: da Teoria à Prática**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2014.

MINICUCCI, Agostinho. **Dinâmica de grupo: teorias e sistemas**. São Paulo, Atlas, 2008.

MOSCOVICI, Fela. **Desenvolvimento Interpessoal: Treinamento em grupo**. São Paulo: Editora José Olympio, 2008.

**PARTE 2**

**ESTUDOS EMPÍRICOS**

13 Pré-atendimento de crianças com transtorno do espectro do autismo na clínica-escola do uniesp: um relato de experiência

Ana Flavia de Oliveira Borba Coutinho,  
Márcio de Lima Coutinho  
Gláucia Maria Matos de Castro  
Kívia Vanessa de Barros Gomes  
Luciana Karlla de Melo Madruga Navarro  
Myrian Ba Hannah Lucena Silva  
Maria da Piedade Lucena da Cunha Lima  
Érika Marques de Almeida Lima

## RESUMO

O presente trabalho objetivou relatar as experiências vivenciadas de alunos dos cursos de Psicologia e Odontologia no pré-atendimento de crianças com Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) na clínica escola do UNIESP. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência no qual participaram a coordenadora do Núcleo de Tecnologia Assistiva (NTA) do UNIESP, uma psicóloga, três discentes do curso de Psicologia e uma de Odontologia. Os relatos desse estudo indicaram a importância da estimulação das crianças com TEA, a partir do uso das Tecnologias Assistivas (TA) no pré-atendimento odontológico, a fim de permitir uma ação colaborativa onde a Psicologia e Odontologia trabalhem em equipe, e juntos possibilitem a estas crianças e pais um tratamento adequado e empático. Dessa forma, espera-se que a inclusão seja cada vez mais uma realidade em nossa sociedade, que por vezes se apresenta muito excludente.

Palavras-Chaves: Transtorno do Espectro do Autismo. Tecnologia Assistiva. Odontologia para TEA.

## INTRODUÇÃO

Para entender o Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), o referencial teórico se baseia no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5, documento utilizado pelos profissionais de saúde como referência para diagnosticar os diversos transtornos mentais e comportamentais (APA, 2013). O DSM-5 apresenta dois critérios para a definição e caracterização do Transtorno de Espectro do Autismo (TEA), nomeadamente: Déficits persistentes na comunicação social e interação; Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Segundo a gravidade

de tais sintomas, o TEA pode ser caracterizado em 3 níveis de funcionamento: i) Nível 1 - leve (necessidade de pouco apoio); ii) Nível 2 - moderado (necessidade de apoio substancial; iii) Nível 3 - grave (necessidade de apoio muito substancial).

Sabe-se que o TEA é mais comum em pessoas do sexo masculino, e, quando ocorre em meninas, demonstra ter um maior comprometimento cognitivo (SILVA, 2018). Pesquisadores estimam que 1 em cada 160 crianças têm TEA (OPAS, 2017). Atualmente, o TEA ocupa o 3º lugar no ranking mundial de distúrbios das desordens de desenvolvimento (SANT'ANNA et al., 2017).

O marco legal no Brasil referente a pessoa com TEA é muito avançado tendo como referência principal a Lei 12.764 de 2012 que versa sobre os direitos das pessoas com TEA, especificamente contemplando os cuidados multidisciplinares, e isso inclui acesso à educação, ao ensino profissionalizante, a moradia, ao mercado de trabalho e previdência social e à assistência social. Não obstante, verifica-se um acesso ainda ínfimo desse grupo social aos serviços disponibilizados, bem como profissionais qualificados para o atendimento multidisciplinar, especificamente no campo da odontologia. De acordo com Lopes et al. (2019) os pais de crianças com TEA resistem a levar os filhos ao consultório odontológico ocasionando uma série de comprometimentos na saúde global desse indivíduo.

Moraes et al. (2019) apontam que um dos principais desafios se delimita a conquistar a confiança da criança com TEA, para que a mesma ganhe segurança junto ao profissional, de modo a auxiliar a permanência dela na cadeira odontológica. Portanto, uma estratégia para auxiliar nesse processo, é o uso das Tecnologias Assistivas (TA) para o acompanhamento e/ou estimulação dessas crianças. (SILVA, 2018).

A Tecnologia Assistiva (TA) consiste em

Tecnologia Assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (CAT, 2009, p.9)

Neste sentido, a TA pode ser utilizada especificamente na odontologia, de forma a criar facilidades para a criança com TEA cuidar da higiene bucal, e ir ao dentista também, pois normalmente elas não possuem autonomia para estabelecer sozinha o autocuidado com a saúde bucal, e pode ainda não permitir que o cuidador a auxilie. Neste caso, diversos problemas bucais podem ser prevenidos com a aplicação de ações simples e informativas, como a escovação dentária diária, e a introdução do contato da criança e seus cuidadores a esses recursos (CANÇADO et al., 2019).

Face ao exposto, o objetivo geral desse trabalho é relatar as experiências vivenciadas de alunos dos cursos de Psicologia e Odontologia no pré-atendimento de crianças com TEA na clínica escola do UNIESP.

## **METODOLOGIA**

Este estudo se configura como sendo descritivo, do tipo relato de experiência. O mesmo foi desenvolvido pelo Núcleo de Tecnologia Assistiva (NTA) do Uniesp, em outubro de 2019, mediante uma ação de pré-atendimento em conjunto com o Curso de Odontologia do Uniesp. A ação consistiu em receber à criança autista e seus pais e/ou cuidadores antes do atendimento odontológico na clínica escola do Uniesp.

## **LOCAL**

O pré-atendimento aconteceu na sala do NTA do Uniesp. Cada pré-atendimento durou cerca de 30 a 40 min, sendo também um contribuinte na espera da criança com TEA antes de iniciar o atendimento odontológico.

## **PARTICIPANTES**

Participaram da ação a coordenadora do NTA, uma psicóloga integrante do NTA e 3 alunas de Psicologia e 1 aluna Odontologia do UNIESP, integrantes do NTA, que

relataram as intervenções com 4 crianças diagnosticadas com TEA e seus respectivos pais/responsáveis.

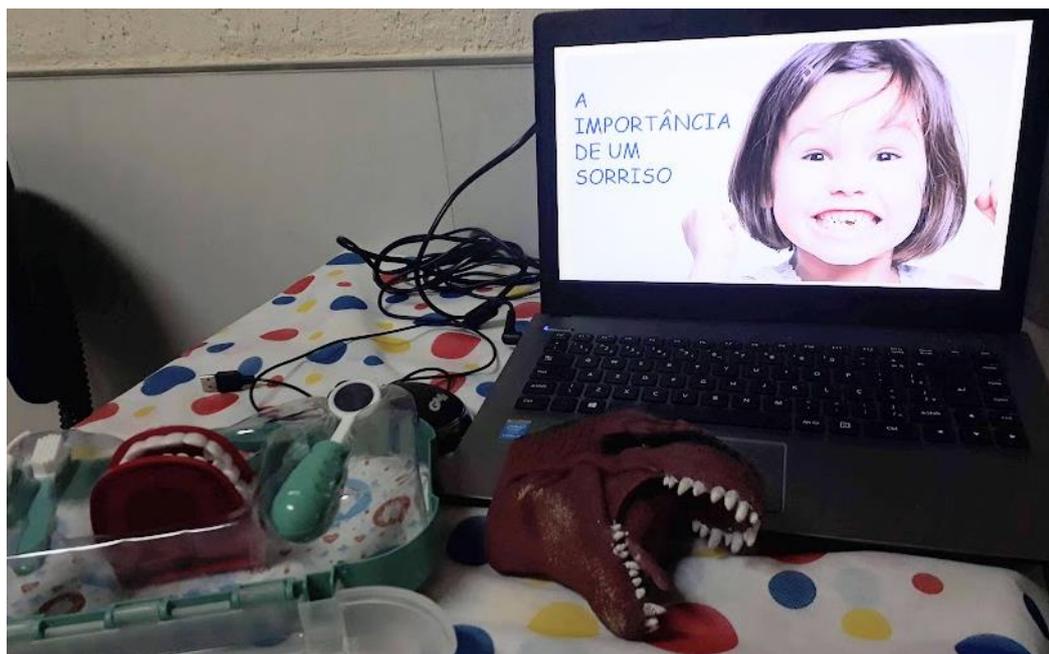
### **Relato de Experiência**

Antes do pré-atendimento, a coordenadora do NTA e os alunos observaram a atuação dos estudantes e professores de odontologia na clínica escola com o objetivo de entender a prática odontológica que as crianças iriam ser submetidas, para assim delinear a ação proposta. Esta articulação foi permitida através da colaboração da coordenadora do curso de Odontologia do Uniesp, e as professoras responsáveis pela disciplina de Odontologia para Pacientes com Necessidades Especiais (OPNE).

Primeiramente o paciente era recebido na sala do NTA com recursos tecnológicos, nomeadamente tecnologia assistivas de alto e baixo custos, previamente organizados trazendo ludicidade ao atendimento. Os recursos utilizados foram: i) Apresentação lúdica no PowerPoint (ilustrando a importância do sorriso, higiene bucal e instrumentos do dentista); ii) Anamnese; iii) Programa de computador sobre ida ao dentista; iv) Brinquedo de kit lúdico infantil de dentista (com boca e instrumentos de dentistas); v) Fantoche de mão de dinossauro; vi) Medalha de reforço positivo.

Na Figura 1 são ilustrados alguns dos instrumentos utilizados, nomeadamente a apresentação no Powerpoint denominada “A importância de um sorriso”, o kit de dentista e o fantoche de mão de dinossauro.

Figura 1: Materiais utilizados: apresentação em PowerPoint; fantoche de dinossauro; miniatura de boca e instrumental de dentista.



Fonte: acervo próprio.

Quando o paciente chegava na sala do NTA acompanhado pelos pais, os integrantes se apresentavam e era explicado o objetivo da ação e do NTA. Enquanto a criança explorava com a coordenadora a apresentação em Powerpoint, a Psicóloga realizava uma anamnese com os pais, de forma a identificar o perfil da criança e sua vivência. Em seguida, eram apresentados brinquedos de um kit lúdico de dentista para demonstrar o uso da escova de dente, demonstrando à criança como seria o atendimento na clínica escola, para assim anteciper o entendimento da criança sobre o que iria acontecer no atendimento odontológico. Além disso, para auxiliar esta interação, utilizou-se um programa de computador no tablet que tinha como objetivo ajudar uma criança a ir ao dentista. E em seguida foi utilizado um fantoche de mão de dinossauro para demonstrar e incentivar a abertura da boca.

No final da ação a criança recebia uma medalha de bom comportamento para dar um reforço positivo à boa participação da mesma. E através dessa medalha os alunos de odontologia tinham mais um elemento para interagir positivamente com os pacientes, pois as crianças demonstravam orgulho em utilizá-la.

Figura 2: Coordenadora e alunas participantes do NTA.



Fonte: acervo próprio.

### **Relato 1**

No Núcleo de Tecnologia Assistiva do Centro Universitário Uniesp foi realizado o atendimento de algumas crianças com TEA, com intuito de minimizar os transtornos causados pelo tempo de espera para atendimento odontológico, pois é de conhecimento que a dinâmica e a logística para esse tipo de público precisa ser diferenciado, respeitando as condições individuais.

Com esse atendimento realizado pelo NTA, foi possível termos contato não somente com a criança, mas também com a família, ouvimos relatos sobre suas dificuldades, anseios, rotinas ao lidar com seus filhos. Enquanto os responsáveis conversavam com alguns alunos e a Professora responsável pelo núcleo, as crianças desenvolviam alguma atividade juntamente com outras alunas, utilizando alguns recursos tecnológicos e não tecnológicos pertencentes ao núcleo.

O paciente aqui denominado por S. foi um dos atendidos pelo núcleo, interagiu bastante com uma das alunas e com a professora. Foi realizado com ele uma pequena demonstração de como seria o seu atendimento posteriormente na sala de odontologia. Para isso utilizamos um software onde a criança, mesmo como pouca habilidade com a tecnologia, conseguiu manusear e desenvolver perfeitamente a atividade de escovação

de forma lúdica e divertida, o que fez com que ela ficasse mais à vontade na espera e também controlasse a ansiedade no pré-atendimento.

Foi possível perceber que o Núcleo teve grande importância para o pré-atendimento, pois a ociosidade diante do tempo de espera foi atenuada com atividades e conversas e escuta qualificada com os responsáveis que se sentiram à vontade e parabenizaram nossa equipe pelo trabalho realizado. Sabe-se que o atendimento propriamente dito dentro da clínica odontológica não possui um tempo determinado, já que existem contratempos, e ocorrências para o atendimento desse público em especial, e alguns não podem ficar na espera por muito tempo, sendo que este fator seria prejudicial ao atendimento.

Em seguida, acompanhamos as crianças a sala da odontologia, e verificamos que o atendimento foi mais tranquilo em pacientes que não tiveram atrasos ou que estavam mais confortáveis. Os pacientes que tiveram um tempo de espera muito estendido devido a intercorrências que impediram de ser atendidas no horário marcado, obtiveram mais resistência no momento da realização do tratamento, alguns deles necessitando de contenções para que os alunos da clínica escola pudessem realizar os procedimentos necessários. Acompanhamos a dedicação dos alunos de odonto juntamente com a professora da disciplina que estava atenta aos movimentos e ao fluxo de alunos e pacientes, para que tudo transcorresse de maneira satisfatória aos alunos, pacientes e familiares.

## **Relato 2**

Sou estudante de Psicologia e faço parte de um projeto de extensão em Tecnologia Assistiva no Uniesp. Através deste, tive a oportunidade enriquecedora de estar presente em uma ação com crianças com TEA, em conjunto com estudantes do curso de Odontologia. Durante uma semana, observamos os atendimentos odontológicos executados pelos estudantes com crianças de deficiências. Ao percebermos uma grande dificuldade dos graduandos em conseguirem concluir os procedimentos necessários, tentamos elaborar um plano de ação para contribuir com o conforto das crianças, de uma maneira mais empática e lúdica, facilitando o entendimento delas. Na semana seguinte, organizamos o espaço do NTA para o

acolhimento dessas crianças, com brinquedos e alguns jogos atrativos no tablet, todos os jogos voltados para a temática de dentistas. Ao recebermos essas crianças, tentávamos brincar e descontraí-las, explicando porque era importante escovar os dentes e como seria o procedimento no atendimento odontológico que eles iriam logo em seguida. No final do acolhimento inicial, dávamos uma medalha para as crianças com o combinado delas se comportarem.

Essa experiência para mim, foi de uma grandiosidade imensa, através de pequenos atos poder de certa forma contribuir com o conforto do próximo, ou praticar um pouco mais de empatia ao colocar-me no lugar do outro, isso abriu meus olhos para uma nova perspectiva. Com certeza pudemos ajudar as crianças com TEA naquele dia, ou ao menos amenizarmos o desconforto inicial delas, porém, acredito que o maior aprendizado foi o que nos foi proporcionado, me lembro de um pai que ficou encantado pela ação, por saber que nem sempre a realidade é essa, ele expressava muita felicidade com toda atenção que estava sendo dada ao filho, esse foi o momento que mais me tocou.

A ação como um todo foi bastante enriquecedora, como disse inicialmente, me proporcionou perspectivas diferentes, me encantei de uma forma tão linda, que hoje estou concluindo meu primeiro curso para ser acompanhante terapêutica de crianças com TEA. Precisamos entender que cada criança tem seu mundo mágico e lúdico, com sua forma completamente subjetiva de se expressar, mas não é por isso que elas serão diferentes das outras e foi esse o meu maior aprendizado vindo dessa ação.

### **Relato 3**

Dia 10 de outubro de 2019 foi realizado uma atuação junto ao curso de odontologia. A ação teve como intuito preparar e orientar os pacientes com deficiência para o atendimento clínico odontológico. O NTA realizava esse pré-atendimento com os pacientes, um por vez. Foi percebido o impacto da preparação destas crianças, visto que pessoas com deficiência requerem uma abordagem multiprofissional visando a melhor qualidade de vida e atendimento. Foi identificada a importância e necessidade de escuta dos pais que acompanham seus filhos, foi um momento de troca e confiança onde

ambos os pais relataram sua experiência e vivências corriqueiras, suas dificuldades, angústias, momentos de superação e o quanto empenham-se no melhor para seus filhos.

As crianças se mostraram participativas em todo decorrer da ação. Ao fim do atendimento foi entregue uma medalha, com proposta de reforço positivo o que já se tornou um meio utilizado na comunicação na chegada dos pacientes na clínica odontológica. A ação possibilitou a estas crianças a aproximação ao cenário e vivência que iriam experimentar, visando um melhor atendimento, escuta dos pais e participação dos mesmos também em toda atuação, onde foi possível conhecer bem mais sobre cada criança, entender cada dificuldade.

A experiência desta atuação nos mostra a importância desta psicoeducação anterior ao atendimento como um processo interlocutor, favorecendo e proporcionando a criança e seus familiares um acompanhamento amplo que favorece de maneira notória na melhor alusão do paciente na clínica. Enquanto psicóloga, além de contribuir com tal vivência, essa me permitiu ter uma maior aproximação com os pais me fazendo trazer um olhar de quanto se faz necessário essa intervenção, além da importância de fazer uso de escuta sensível e qualificada que são indispensáveis neste processo multidisciplinar. Dessa forma conhecemos e podemos debruçar com o que foi colhido contribuindo na vida das pessoas com deficiência. A psicoeducação antes do atendimento odontológico possibilitou às crianças transformar um ambiente até então desconhecido, para o conhecido, acarretando menor dor e sofrimento.

A ação me permite ressaltar a carência de atividades multidisciplinares que sejam não apenas uma ação, mas um trabalho colaborativo, onde a Psicologia e Odontologia trabalhem em equipe, e juntos ofereçam a estas crianças e adultos um tratamento adequado e empático.

#### **Relato 4**

Fazer parte do NTA agregou a teoria da disciplina Odontologia para pacientes com necessidades especiais (OPNE) a prática do projeto e estes unidos me proporcionaram uma segurança a mais na minha formação acadêmica de estudo de odontologia. Alguns pacientes chegam em situações difíceis, como por exemplo sentindo dor ou até mesmo visitando o dentista pela primeira vez. E quando estes

chegam na clínica passam um período de espera na recepção gerando uma ansiedade por parte dos pais e inquietude dos pacientes. Então, o NTA trabalha exatamente no pré-atendimento, aplicando métodos indicados para o atendimento de pacientes especiais, trabalhando a abertura de boca, e a apresentação de alguns instrumentais que nos facilitam em algumas etapas.

Assim, as crianças com TEA já chegam para nós, na clínica, com algumas identificações, como por exemplo na criança com TEA, se ela tem hiper ou hipossensibilidade, se ele gosta de alguma música, etc. Dessa forma, quando chega realmente para o atendimento clínico já sabemos como abordar cada paciente, oferecendo um atendimento individualizado, pois a técnica dos procedimentos clínicos são os mesmos, o que difere é como abordar cada paciente. E como se trata de um paciente com tantas especificidades é fundamental esse preparo antes do atendimento odontológico.

## **DISCUSSÃO**

Todas as crianças se mostraram muito receptivas e abertas à ação proposta, o que era percebido nas expressões de satisfação através de sorriso, palavras de alegria e vontade de participar e interagir nas atividades propostas. Em relação aos pais, observou-se uma surpresa inicial em participar dessa ação e satisfação neste preparo. Os alunos e professores de Odontologia da clínica-escola relataram que o procedimento foi positivo, pois trouxe mais tranquilidade à criança e seus pais, inclusive uma das crianças pediu para estar com o dinossauro utilizado na sala do NTA na hora que se sentou na cadeira do dentista da clínica escola. Este achado se coaduna com as assertivas de Silva (2018) ao apontar que as TA são ferramentas importantes na estimulação e melhoria da qualidade de vida de pessoa com deficiência.

A conversa com os pais foi importante para conhecer mais o universo da criança com TEA e seus familiares, além de permitir um momento, mesmo que breve, de atenção e cuidado não apenas da criança, mas também dos pais. Portanto, foi pensado na possibilidade da clínica escola do UNIESP oferecer sessões de escuta para apoiar os pais que acompanham seus filhos. Este resultado é corroborado com os estudos de

Bastos et al. (2019), ao afirmarem que os pais de crianças com TEA necessitam de uma escuta terapêutica para lidar com a amplitude de questões que surgem ao se depararem com o diagnóstico de TEA no seu seio familiar.

A ação realizada consistiu em um momento de troca e confiança onde os pais relataram sua experiência e vivências corriqueiras, suas dificuldades, angústias, momentos de superação e o quanto empenham-se no melhor para seus filhos.

Além disso, a atividade possibilitou a estas crianças a aproximação ao cenário novo e repleto de estímulos que iriam experimentar na sala de odontologia, visando um melhor atendimento odontológico dos mesmos.

## **CONCLUSÃO**

Conclui-se que os objetivos foram alcançados, uma vez que relatou-se as experiências das estudantes dos curso de Psicologia e Odontologia do UNIESP na clínica escola. Relatos estes que possibilitam uma reflexão sobre o engajamento em ações de extensão que lhes tragam a possibilidade de alinhar a teoria e prática e sobretudo, fornecer um suporte a comunidade em geral.

Destaca-se ainda, que os discentes puderam experimentar uma vivência multidisciplinar de uma prática com pessoas com TEA, que são significativas em sua formação acadêmica, podendo ter um reflexo positivo em sua prática profissional futura. Observou-se também que o uso das TA são ferramentas importantes na atuação com crianças com TEA, destacando sobretudo o grande interesse desse público no uso das tecnologias.

É importante estimular a atuação dos futuros profissionais da saúde com pessoas com deficiência, de forma a garantir que a inclusão seja cada vez mais uma realidade em nossa sociedade, que por vezes se apresenta muito excludente. Espera-se que esses relatos sejam referências tanto no campo odontológico visto que há uma escassez de profissionais que atuam especificamente com o TEA. Pretende-se para trabalhos futuros engajar os profissionais de Psicologia de forma a garantir um apoio biopsicossocial aos pais e/ou cuidadores que muitas vezes se encontram esgotados diante da realidade de idas e vindas às clínicas com os seus filhos com deficiência.

## Referências

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais** – DSM-5. 5ª. ed. Washington, 2013.

BASTOS, Samanta Fernandes et al. O Sofrimento Psicológico Dos Pais Ou Cuidadores De Crianças Com Transtorno Do Espectro Do Autismo. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 8, n. 1, p. 23-33, 2019.

CANÇADO, F.M. et al. Percepción de los estudiantes de odontología de la ufrgs sobre la disciplina de pacientes con necesidades especiales. **Odontoestomatología**, v. 21, n. 33, p. 28-36, 2019.

CAT. COMITÊ DE AJUDAS TÉCNICAS. **Tecnologia Assistiva**. Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, 2009.

CRUZ, V.S.A.; CRUZ, T.A.A.A.; FLAG, M.A.S.; GOMES, D.D.R.; SILVA, L.T.C.; SANTOS, V.C.B. Conditioning strategies in the dental care of patients with autism spectrum disorders. **Revista Brasileira de Odontologia**. v.74; n. 4, p.294-299, 2017.

OPAS, Organização Pan Americana de Saúde. **Folha Informativa: Transtorno do espectro autista**, 2017. Disponível em:  
<https://www.paho.org/bra/index.php?Itemid=1098>, Acesso em: jun. 2020.

SANT'ANNA, L.F.C.; BARBOSA, C.C.N.; BRUM, S.C. Atenção à saúde bucal do paciente autista. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 08; n.1; p. 67-74, 2017.

SILVA, A.J.M. **O papel dos Centros Municipais de Educação Infantil na identificação precoce de sinais do transtorno do espectro autista**. 2018. 133 p. Dissertação (Mestrado Profissional) – Programa de Pós-graduação em Ensino em Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2018.

O presente capítulo visa explicar acerca da prática do psicólogo na assistência social (AS). No Brasil o campo de atuação do profissional da psicologia nessa área data de meados da década de 1970, com a famosa “crise” da Psicologia Social (PS) e a discussão da real necessidade da práxis do psicólogo. Vamos agora descrever brevemente o surgimento dessa prática no Brasil.

Em 1980, foi instituída a ABRAPSO (Associação Brasileira de Psicologia Social), pois acreditava que para fortalecer a PS no Brasil deveria haver a criação de uma associação, a exemplo de como aconteceu na Venezuela com a AVEPSO. A inquietação na época era que a psicologia social americana e europeia, que influenciavam o Brasil, não atendiam as demandas das desigualdades sociais do país.

Com a instituição da ABRAPSO, a Psicologia Comunitária ganhou forças e permitiu a expansão de profissionais que se dedicavam a compreender e intervir em questões psicossociais nas comunidades. De acordo com Lane (2007), nos Estados Unidos havia um projeto que estimulava trabalhos comunitários na América Latina, mas de caráter assistencialista e manipulativo. Ademais, na Europa também havia uma vertente que criticava a prática do psicólogo, denominada de Psicologia Institucional, mas a diferença no Brasil se deu porque este estava sobre repressão política, sendo assim, não tinha acesso às dependências de instituições, e seu campo de atuação tiveram que ser as ruas, comunidades, sindicatos, grupos religiosos etc (LANE e BOCK, 2003).

Pode-se imaginar que a questão norteadora da época e que repetimos aqui para o leitor, é: “A quem nós, psicólogos, servimos de fato?”. Esta pergunta é um título de um capítulo publicado por Botomé (2010), no livro denominado: Escritos sobre a profissão de psicólogo no Brasil. O autor nos permite refletir acerca da real necessidade da população brasileira *versus* o que os psicólogos se ocupam em suas atividades profissionais. Há uma congruência nessa relação ou um perigoso desequilíbrio entre os campos de atuação e demanda da população?

Com a implementação no Brasil do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), em 2005, o número de psicólogos nessa área aumentaram consideravelmente. Mas será que os cursos de psicologia no país estão também qualificando os discentes a serem profissionais capazes de prestar um serviço voltado às necessidades da maioria da população? Existem disciplinas teóricas e práticas nessa “nova” área de atuação? Qual a função desse psicólogo?

A fim de responder a essas indagações, a seguir são discutidos as atribuições do psicólogo no SUAS, seu campo de atuação, bem como o capítulo expõe a técnica de registro e pesquisa utilizada por esses profissionais no seu cotidiano laboral. Frente a essa realidade e considerando a relevância da temática, o objetivo deste trabalho foi conhecer as formas de atuação do Psicólogo no SUAS e especificamente pretendeu conhecer as atribuições e formas de trabalho deste profissional nos dispositivos que compõem esta política pública como o Centro de Referência e Assistência Social (CREAS) e o Centro de Referência e assistência Social (CRAS), por meio de uma revisão sistemática da literatura em bases de dados como Scielo, Google Acadêmico e Lilacs.

Para atender o objetivo proposto, em termos estruturais, este estudo organiza-se em duas partes, fundamentação acerca do tema e uma revisão sistemática de periódicos nacionais sobre aspectos da atuação do psicólogo nas políticas públicas da Assistência. Na primeira parte versará sobre as atribuições do psicólogo no SUAS de modo geral, depois nos dispositivos CREAS e CRAS, por conseguinte o método proposto, a fim de evidenciar os achados neste estudo. Procurando também conhecer os estudos utilizados nas pesquisas nos últimos anos, a fim de verificar a aproximação do psicólogo ao contexto social, no qual a perspectiva psicossocial vem se expandindo como forma de verificar a ampliação do serviço e do cuidado.

## **O PSICÓLOGO E O SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

O psicólogo que atua na AS utiliza como aporte teórico a Psicologia Social Comunitária, uma subárea da Psicologia Social. Pode-se afirmar que o psicólogo social comunitário tem a função de favorecer a emancipação dos atores sociais em seu espaço social, com o objetivo de formar sujeitos ativos com potencial de transformar a realidade a que estão expostos. O psicólogo social comunitário (PSC) compreende o sujeito de forma contextualizada analisando seu espaço social, sua história, a política do momento, as questões econômicas e sua subjetividade.

Destaca-se que antes do PSC ter um espaço de inserção na AS havia psicólogos que já trabalhavam com seus preceitos. No entanto, o objetivo agora é descrever de forma sucinta a política do Sistema Único de Assistência Social como base de estruturação para o trabalho do psicólogo.

O SUAS é um sistema descentralizado e participativo, estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004). Foi implantado em 2005, com gestão compartilhada pelos três entes federados (Municípios, Estado e União), tendo a família como foco de atenção. O SUAS está dividido em níveis de proteção social

(básico e especial). A Proteção Social diz respeito garantir direitos a cidadãos que se encontram em situação de vulnerabilidade e/ou em situação de risco pessoal e/ou social.

De acordo com IPEA (2015), o índice de vulnerabilidade social é constituído por três dimensões: infraestrutura urbana, capital humano e renda e trabalho, cujo acesso, insuficiência ou ausência determinam as condições de bem-estar da sociedade contemporânea.

A infraestrutura urbana é avaliada segundo critérios de saneamento básico (rede de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de lixo) e mobilidade urbana. O capital humano envolve saúde e educação: mortalidade infantil; presença de crianças e adolescentes que não frequentam a escola (6 a 14 anos de idade); presença de mães jovens (10 a 17 anos de idade) e de mães sem fundamental e com filhos de até 15 anos de idade; ocorrência de baixa escolaridade entre os adultos e presença de jovens que não trabalham e não estudam. Por fim, vulnerabilidade de renda e trabalho agrupa percentual de domicílios com renda per capita igual ou inferior a R\$255,00, além de adultos desempregados, pessoas pouco escolarizadas com ocupação informal, dependência de renda de pessoas idosas e presença de trabalho infantil (IPEA, 2015).

Risco social e pessoal significa estar com os direitos violados ou estar em situação de contingência (CREAS, 2012). Como exemplo, pode-se citar: pessoas vítimas de violência doméstica, idosos que necessitam de atendimento especializado (sofrem violência ou maus tratos), pessoas em situação de rua etc.

No que tange a Proteção Social Básica, esta tem como porta de entrada o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), unidade pública estatal, localizado em áreas de vulnerabilidade social e que oferta obrigatoriamente o Programa de Atenção Integral à Família (PAIF). Os serviços disponibilizados no CRAS são socioassistenciais e visam proteger às famílias e indivíduos de situações de risco por meio do desenvolvimento de suas potencialidades e o fortalecimento familiar. Assim, há nesses espaços serviços e programas disponibilizados, tais quais: acolhimento social; acolhimento psicossocial; Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos; Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas; Programa socioeducativo para crianças e adolescentes de 7 a 14 anos de idade; Programa socioeducativo para adolescentes e jovens de 15 a 17 anos de idade; Programa de renda para famílias ou pessoas de baixa renda como o bolsa família, Pró Jovem, Benefício de Prestação Continuada para Idosos e deficientes (BPC), ação jovem e renda cidadã; cursos e oficinas (artesanato, corte e costura, culinária etc).

Em relação aos profissionais que atuam no CRAS, essas unidades necessitam ter em sua equipe o coordenador, o assistente social, o psicólogo, profissionais de nível médio para trabalhar na abordagem dos usuários e o auxiliar administrativo. A quantidade vai depender do porte do município e o número de famílias (MDS, 2006; MDS, 2004)

A Proteção Social Especial (PSE) é dividida em média e alta complexidade e tem por finalidade ofertar serviços e programas destinados a atender família e indivíduos em situações de risco pessoal e/ou social com seus direitos violados, cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos. A unidade de referência da PSE de média complexidade é o CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), unidade pública estatal que visa um acompanhamento especializado que previna a institucionalização. Obrigatoriamente oferta o PAEFI que significa Programa de Atenção Especializada à Família. O CREAS necessita ter em sua equipe o coordenador, o assistente social, o psicólogo, o advogado, profissionais de nível superior ou médio para trabalhar na abordagem dos usuários e o auxiliar administrativo.

A diferença da demanda do CRAS se dá pelo fato que o público assistido pelo CREAS teve seus direitos ameaçados e/ou violados por vivências de violência física, psicológica, sexual, situação de rua, trabalho infantil, práticas de ato infracional, rompimento de vínculos etc.

Outra unidade de referência de PSE de Média Complexidade é o Centro POP que tem a finalidade de atender a pessoas em situação de rua, ofertando obrigatoriamente o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (MDS, 2014), além do PAEFI e do Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, os serviços ofertados da Proteção Social Especial de Média Complexidade são: Serviço Especializado em Abordagem Social; Serviço de Proteção Social a Adolescente em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA) e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC) e o Serviço de Proteção Social Especial a Pessoas com Deficiência, Idosos (as) e suas Famílias. O encaminhamento vem por meio da rede socioassistencial e de outras políticas públicas, órgãos de defesa de direitos, dentre outros e também por demanda espontânea.

A PSE de alta complexidade é caracterizada pelo acolhimento personalizado e o resgate do indivíduo ou família ao convívio social, que estão em situação de abandono, ameaça ou violação de direitos. As unidades de referências funcionam como moradia provisória até que o indivíduo possa retornar à família e são compostas de: família substituta, abrigo institucional, Casa Lar, Casa de Passagem, República e outras (MDS, 2019). Cabe destacar que no presente capítulo o foco será explanar acerca da Proteção Social Básica e a Especial de média complexidade.

Assim, destaca-se que em 2016 o Conselho federal de Psicologia publicou uma nota técnica para atuação de seus profissionais no âmbito do SUAS com o objetivo de orientar os psicólogos na sua prática profissional e potencializar sua intervenção junto os usuários do SUAS.

## **ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO NO CRAS**

O objetivo fundamental do psicólogo que trabalha na assistência social é promover aos usuários que eles sejam sujeitos de direitos. Ademais, o psicólogo deve fortalecer as políticas públicas, assumindo um compromisso social no que se refere às lutas das populações vulneráveis. Aqui, o trabalho é sobretudo interdisciplinar. O Conselho Federal de Psicologia em 2006 criou o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), com o intuito de sistematizar a produção científica para atuação de psicólogos (as) nas políticas públicas. Assim, em 2007 o CREPOP publica as referências técnicas para atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS. No presente material, apontam-se 14 diretrizes que serão expostas a seguir:

Desenvolver modalidades interventivas coerentes com os objetivos do trabalho social desenvolvido pela Proteção Social Básica e Proteção Social Especial (média e alta), considerando que o objetivo da intervenção em cada uma difere, assim como o momento em que ele ocorre na família, em seus membros ou indivíduos;

Facilitar processos de identificação, construção e atualização de potenciais pessoais, grupais e comunitários, de modo a fortalecer atividades e positivities já existentes nas interações dos moradores, nos arranjos familiares e na atuação dos grupos, propiciando formas de convivência familiar e comunitária que favoreçam a criação de laços afetivos e colaborativos entre os atores envolvidos;

Fomentar espaços de interação dialógica que integrem vivências, leitura crítica da realidade e ação criativa e transformadora, a fim de que as pessoas reconheçam-se e se movimentem na condição de co-construtoras de si e dos seus contextos social, comunitário e familiar; » compreender e acompanhar os movimentos de construção subjetiva de pessoas, grupos comunitários e famílias, atentando para a articulação desses processos com as vivências e as práticas sociais existentes na tessitura sócio comunitária e familiar;

Colaborar com a construção de processos de mediação, organização, mobilização social e participação dialógica que impliquem na efetivação de direitos sociais e na melhoria das condições de vida presentes no território de abrangência do CRAS;

No atendimento, desenvolver as ações de acolhida, entrevistas, orientações, referenciamento e contrareferenciamento, visitas e entrevistas domiciliares, articulações institucionais dentro e fora do território de abrangência do CRAS, proteção pró-ativa, atividades socioeducativas e de convívio, facilitação de grupos, estimulando processos contextualizados, auto-gestionados, práticos e valorizadores das alteridades;

Por meio das ações, promover o desenvolvimento de habilidades, potencialidades e aquisições, articulação e fortalecimento das redes de proteção social, mediante assessoria a instituições e grupos comunitários; Desenvolver o trabalho social articulado aos demais trabalhos da rede de proteção social, tendo em vista os direitos a serem assegurados ou resgatados e a completude da atenção em rede; Participar da implementação, elaboração e execução dos projetos de trabalho; Contribuir na

elaboração, socialização, execução, no acompanhamento e na avaliação do plano de trabalho de seu setor de atuação, garantindo a integralidade das ações; Contribuir na educação permanente dos profissionais da Assistência Social; Fomentar a existência de espaços de formação permanente, buscando a construção de práticas contextualizadas e coletivas; No exercício profissional, o psicólogo deve pautar-se em referenciais teóricos, técnicos e éticos.

Para tanto, é fundamental manter-se informado e atualizado em nível teórico/técnico, acompanhando as resoluções que norteiam o exercício; Na ação profissional, é fundamental a atenção acerca do significado social da profissão e da direção da intervenção da Psicologia na sociedade, apontando para novos dispositivos que rompam com o privativo da clínica mas não com a formação da Psicologia, que traz, em sua essência, referenciais teóricotécnicos de valorização do outro, aspectos de intervenção e escuta comprometida com o processo de superação e de promoção da pessoa.

Os serviços de Psicologia podem ser realizados em organizações de caráter público ou privado, em diferentes áreas da atividade profissional, sem prejuízo da qualidade teórica, técnica e ética, mantendo-se atenção à qualidade e ao caráter do serviço prestado, as condições para o exercício profissional e posicionando-se, o psicólogo, enquanto profissional, de forma ética e crítica, em consonância com o Código de Ética Profissional do psicólogo.

## **ATRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO NO CREAS**

A criação e implementação dos Centros de Referência Especializado da Assistência Social está atrelada às questões sociais e históricas do enfrentamento da violência sexual contra crianças e adolescentes. No ano de 2000, o governo Federal elaborou o Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil, a partir do compromisso público assinado pelo governo brasileiro, no ano de 1996, de estabelecer políticas públicas para garantir os direitos das crianças e adolescentes. Este compromisso foi assumido no I Congresso Mundial contra Exploração Sexual Comercial de Crianças, na Suécia (PAIXÃO; DESLANDES, 2010; PEDERSEN, 2008).

O Plano Nacional de Enfrentamento da Violência Sexual Infanto-Juvenil objetiva “estabelecer um conjunto de ações articuladas que permita a intervenção técnico-política e financeira para o enfrentamento da violência sexual contra a criança e o adolescente” (BRASIL, 2002, p. 14). Além disso, este documento reitera as determinações do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), reafirmando os princípios da proteção integral, da condição de sujeitos de direitos, da prioridade

absoluta, da condição peculiar de pessoas em desenvolvimento, da participação/solidariedade, da mobilização/articulação, da descentralização, da regionalização, da sustentabilidade e o princípio da responsabilização (BRASIL, 2002, p. 14).

A primeira ação do Governo Federal dentro do cumprimento das metas préestabelecidas no Plano Nacional foi à criação do Programa Sentinela no ano de 2001, dentro do âmbito da Política da Assistência Social, com foco no atendimento social. A partir de 2004, o Programa Sentinela passou a ser considerado Serviço de ação continuada, passando a ser inserido, em 2005, no Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que o estabelece como um serviço de proteção especial de média complexidade, passando assim a ser desenvolvido no CREAS (PAIXÃO; DESLANDES, 2010; PEDERSEN, 2008). Dessa forma, o CREAS é responsável pela oferta de orientação e apoio especializado e continuado a indivíduos e famílias com seus direitos violados, devendo ofertar o atendimento psicológico e social à criança e ao adolescente vítima de violência. (BRASIL, 2005). O Guia de Orientação nº 1 do CREAS destaca que os serviços de média complexidade devem funcionar em estreita articulação com os demais serviços da proteção social básica e da especial, com as demais políticas públicas e instituições que compõem o Sistema de Garantia de Direitos como, conselhos tutelares, vara da infância e da juventude, promotoria da infância e juventude, delegacia de proteção à criança e ao adolescente, entre outros (BRASIL, 2005).

Destaca-se que, estes serviços possibilitam a estruturação de uma rede efetiva de proteção social (PEDERSEN, 2008). As orientações do Guia estão de acordo com a legislação brasileira (BRASIL, 1990) que estabelece, em seu artigo 86, a Política de Atendimento aos Direitos da Criança e do Adolescente, pressupondo um trabalho em rede ao propor que “a política de atendimento far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (RIO GRANDE DO SUL, 2007).

## **MÉTODO**

Foi realizada uma revisão sistemática de literatura, onde foram pesquisados artigos que apresentassem em seus conteúdos aspectos sobre atuação do Psicólogo em Políticas Públicas Sociais, no âmbito do SUAS, especificamente nos CRAS e CREAS.

Com a finalidade de definir claramente a adequação da literatura encontrada para este artigo de revisão, foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão dos estudos: a) estudos empíricos e de revisão que apresentem conteúdos relativos aos aspectos da atuação do Psicólogo no CRAS e CREAS; b) ter sido publicado entre janeiro de 2014 a maio de 2019; c) ter sido realizado no Brasil; d) ter o texto integral disponível em português.

Além de eliminar artigos que não fossem condizentes com os parâmetros listados acima, os critérios de exclusão foram: a) estudos não disponibilizados no formato fulltext; b) estudos duplicados disponíveis em mais de uma base de dados; c) estudos que não apresentem os descritores no título. Utilizou-se as bases de dados Google Acadêmico, Lilacs e Scielo. Fazendo uso do seguinte termo de busca bibliográfica: “Atuação do Psicólogo no CRAS” e “Atuação do Psicólogo no CREAS”, como também “Atuação do Psicólogo em Políticas Públicas”, por fim “Atuação do Psicólogo nas Políticas Públicas do SUAS”, foram acessados os artigos.

Foi realizada uma avaliação inicial, possuindo por base os títulos e os resumos dos artigos, dos quais foram rejeitados aqueles que não preencheram aos critérios de inclusão ou apresentaram algum dos critérios de exclusão. Quando o artigo não pôde ser incluído ou rejeitado com certeza a partir da primeira análise, o texto completo foi analisado secundariamente.

Os artigos foram lidos e sintetizados, avaliando-se os aspectos de autoria, título do artigo, objetivos do estudo, tipos de metodologia, revista, qualis, ISSN, e ano de publicação. Posterior a síntese dos textos, os artigos foram organizados e um formulário, deste foi preenchido com os atributos de cada estudo incluído, com o objetivo de facilitar a compreensão dos dados e o processo de análise.

## **RESULTADOS**

Nas buscas realizadas, com o uso das palavras-chave fazendo uso do seguinte termo de busca bibliográfica: “Atuação do Psicólogo no CRAS” e “Atuação do Psicólogo no CREAS”, como também “Atuação do Psicólogo em Políticas Públicas”, por fim “Atuação do Psicólogo nas Políticas Públicas do SUAS”, foram acessados os artigos.

Em seguida, nas demais bases de dados *Pepsic*, LILACS e SCIELO, não foram encontrados estudos na área delimitada, tendo sido obtido zero (0) como resultado final. Neste sentido, apenas três (03) trabalhos cumpriram os critérios de inclusão

Tendo em vista a concepção dos artigos encontrados, foi possível detectar algumas variações e achados que confrontam com o tipo de pesquisa e os objetivos propostos neste estudo, assim como pode ser observado na Tabela 1.

Tabela 1: “Atuação do Psicólogo no CRAS” e “Atuação do Psicólogo no CREAS”; “Atuação

*do Psicólogo em Políticas Públicas”, por fim “Atuação do Psicólogo nas Políticas Públicas do SUAS”*

<b>Referências</b>	<b>Título do artigo</b>	<b>Revista</b>	<b>Qualis</b>	<b>ISSN</b>	<b>Ano</b>
MACEDO, Orlando Júnior Viana et al	Atuação dos Profissionais de Psicologia nos CRAS do Interior da Paraíba	Trends Psychol.	A2	2358-1883.	2018
FLOR, Tatyane Couto; GOTO, Tommy Akira	Atuação do psicólogo no CRAS: uma análise fenomenológico-empírica.	Rev. Abordagem gestalt	B1	1984-0292	2015
KOELZER, Larissa Papaleo; BACKES, Mariana Schubert; ZANELLA, Andréa Vieira	Psicologia e CRAS: reflexões a partir de uma experiência de estágio	Psicologia e Sociedade	A2	<b>1809-6867</b>	2014
RIBEIRO, Adriana Barbosa; PAIVA, Ilana Lemos; SEIXAS, Pablo de Sousa; OLIVEIRA, Isabel Maria Farias Fernandes	Desafios da atuação dos psicólogos nos CREAS do Rio Grande do Norte	Fractal, Rev. Psicol	B1	1984-0292	2014

Fonte: Tabela elaborada pelos autores.

## DISCUSSÃO

Este estudo teve como objetivo principal conhecer a atuação do Psicólogo no SUAS, por meio de uma revisão sistemática da literatura. Inicialmente, buscou conhecer a atuação do mesmo, por meio do CRAS e CREAS e em linhas gerais se o artigo apresentava uma visão ampla do SUAS e seus programas.

O artigo intitulado “Atuação dos Profissionais de Psicologia nos CRAS do Interior da Paraíba” teve por objetivo analisar a atuação dos profissionais que atuam na Proteção Social Básica utilizando como suporte teórico a Psicologia Histórico-Cultural.

Realizaram entrevistas com oito psicólogos e identificaram que a formação acadêmica dos profissionais foi voltada para a clínica individual, além de pouca análise das realidades sociais dos usuários e limitados planejamentos nas intervenções.

Macedo, et al (2018) concluíram a partir da análise realizada, os quais puderam apontar que ações dos profissionais de Psicologia no cotidiano dos CRAS avançaram, uma vez que as falas dos profissionais têm se aproximado de uma lógica de atuação coerente com o que está prescrito para atuação da Psicologia no contexto da Proteção Social Básica da Política Pública de Assistência Social, por meio de uma atuação psicossocial. No entanto, tecnologias oriundas de um modelo clínico tradicional ainda exercem influência significativa nas ações desses profissionais. Outra fragilidade nas ações dos profissionais do CRAS do interior da Paraíba refere-se ao próprio alcance das ações com caráter psicossocial postas em prática, haja vista limitada análise das realidades dos usuários e pouco planejamento das intervenções a serem realizadas.

O artigo “Atuação do psicólogo no CRAS: uma análise fenomenológico-empírica” objetivou identificar a atuação do psicólogo no CRAS da cidade de Uberlândia/MG, a partir do método fenomenológico empírico de Amedeo Giorgi. Por meio de entrevistas com as psicólogas dos CRAS foi possível identificar os significados da atuação dos profissionais nessa área de atuação. Todos perceberam que o trabalho tem limitações e dificuldades, mas relataram apreciar o trabalho no CRAS, além de descrevem a rotina de trabalho dando ênfase na visita domiciliar, identificaram as atuações como atendimento individual, psicossocial e em grupo, têm consciência que não é possível realizar atendimentos psicoterapêuticos e identificaram o atendimento psicológico como psicossocial e, por fim, sentem a necessidade de uma sistematização do trabalho.

Em Flor e Goto (2015), as autoras na pesquisa realizada obteve-se como resultados os seguintes significados comuns da atuação do psicólogo na CRAS: o sentimento de gratidão no trabalho no CRAS; percepção que o trabalho tem limitações e dificuldades, sendo diferentes em cada CRAS; maior ênfase na visita domiciliar; a identificação de suas atuações como: atendimento individual, psicossocial e em grupo; a consciência que não é possível realizar atendimentos psicoterapêuticos tradicionais, ao mesmo tempo em que consideram que as intervenções são terapêuticas; a identificação que o atendimento psicológico deve ser psicossocial, apesar de relatarem esse atendimento de maneira e concepções diferentes; o sentimento de que o trabalho em

grupo com a comunidade apresenta muitas dificuldades; e por fim, a necessidade de uma sistematização do trabalho.

O manuscrito denominado “Psicologia e CRAS: reflexões a partir de uma experiência de estágio”, foi desenvolvido em uma unidade do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) em Florianópolis, Santa Catarina (SC) e o objetivo foi de contribuir com o debate sobre a atuação do(a)s psicólogo(a)s na Política Nacional de Assistência Social. Por meio do acompanhamento das visitas domiciliares. Assim, participaram em reuniões do programa Saúde na Escola (PSE), discussão de casos, coordenação de um grupo de jovens de uma escola pertencente ao território do CRAS e realização de visitas domiciliares. Esta última composta de duas modalidades: busca ativa e acompanhamento de família já cadastrada no programa.

Koelzer, Backes e Zanella (2014) em seus estudos verificaram que os relatos e discussões apresentados são contribuições para a problematização do cenário, mais especificamente em relação ao exercício profissional da psicologia na assistência social. Trata-se de um desafio para os psicólogos, pois sua população-alvo é um grupo que se encontra fora dos mecanismos de segurança social e cabe a esses profissionais, dentro de suas possibilidades e em colaboração com outros e contribuir para a promoção de inclusão social

Por fim, pode-se verificar na experiência de estágio, permeada de indagações e limitações, ficou a proposta de um profissional que atente para as dificuldades encontradas de modo a criar novas possibilidades de intervenção. Propõe-se uma atuação comprometida com a transformação da realidade e de si como sujeito e profissional, balizadas por uma perspectiva crítica, ética e estética (Koelzer, Backes e Zanella, 2014).

Em relação a atuação de psicólogos no CREAS, de acordo com os critérios utilizados, foi encontrado um artigo, cujo título “Desafios da atuação dos psicólogos nos CREAS do Rio Grande do Norte”, aborda acerca dos aspectos contextuais da prática profissional dos psicólogos que atuam nos Centro de Referência Especializados de Assistência Social do estado do Rio Grande do Norte. A pesquisa descreveu características da gestão, funcionamento e dificuldades para a efetivação da política de proteção social especial.

Ribeiro, Paiva, Seixas e Oliveira (2014) corrobora com os autores dos demais artigos selecionados no que tange aos problemas que os profissionais enfrentam, também trouxeram sugestões para a mudança desse quadro, apontando possibilidades

para a realização de ações que consolidem a política e subsidiem a atuação profissional. Isso requer intervenções nos âmbitos político e teórico-técnico. Por um lado, as sugestões dos profissionais deveriam ser socializadas com o resto da categoria e os obstáculos encontrados no cotidiano profissional serem levados para as instituições formadoras para que, em um esforço conjunto, ocorra reflexão e consequente produção de novos conhecimentos científicos na área.

Este estudo dá apoio as instituições de fomento a pesquisa no campo das Políticas Públicas, especificamente no SUAS. Deste modo, espera-se que se configure no âmbito da psicologia social comunitária, podendo orientar programas de promoção e prevenção de saúde e assistência Social mental. Confia-se, portanto, que os achados deste sejam úteis para entender as atitudes dos profissionais do SUAS frente a sua atuação profissional, assim como os desafios que a profissão impõe. Por fim, é importante que o mesmo possa subsidiar estudantes e profissionais na discussão acerca do avanço nas Políticas Públicas da Assistência Social.

Estes resultados favorecem a compreensão da relação entre a atuação dos profissionais do CREAS que compõem o programa maior, em ação conjunta com os CRAS, os quais em sua maioria são localizados em áreas com baixo índice de pobreza e desigualdade. Diante disso deve-se promover a construção do conhecimento científico na área do cuidado integral a saúde e a assistência social compreendendo a integralidade e a continuidade do cuidado que se dá por meio dos dispositivos sociais de cada município, favorecendo a pessoa em vulnerabilidade social em todos os aspectos de sua vida.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente estudo teve como objetivo foi conhecer as formas de atuação do Psicólogo no SUAS e especificamente pretendeu conhecer as atribuições e formas de trabalho deste profissional nos dispositivos que compõem esta política pública como o Centro de Referência e Assistência Social (CREAS) e o Centro de Referência e assistência Social (CRAS), por meio de uma revisão sistemática da literatura em bases de dados como Scielo, Google Acadêmico e Lilacs.

Os estudos se concentraram em dados qualitativos, o que permitiu um conhecimento em profundidade acerca da atuação do psicólogo no SUAS. No entanto, em decorrência dos critérios de exclusão outros estudos e instrumentos não foram contemplados. Nesse sentido, requer novas pesquisas, podendo-se utilizar os instrumentos como entrevistas e as visitas domiciliares como empregados pelos autores dos estudos aqui discutidos, além de outros métodos de pesquisa que contemplem

aspectos não só da atuação do profissional e os processos de trabalho, mais que possa estudar variáveis psicológicas nos atores sociais envolvidos na Política Pública do SUAS como: *Burnout*, personalidade, resiliência, bem-estar subjetivo, entre outras.

Por meio de uma pesquisa sistemática, pode-se conhecer os aspectos da atuação do psicólogo no SUAS, bem como verificar a especificidade de sua atuação no CRAS e CREAS, verificado por meio do conteúdo dos artigos que ainda precisa avançar, tendo em vista que muitas vezes este profissional torna-se codjuvante frente a figura do Assistente Social que sobressai mediante ao componente atitudinal, ou seja, mesmo desenvolvendo suas habilidades e competências o profissional de psicologia configura-se muitas vezes como um auxiliar nas políticas públicas do SUAS, o qual por sua vez deveria assumir o papel não só de mediador, ou simplesmente um técnico em elaboração de laudos, pareceres e relatórios advindos da exigência da política pública..

Posto isto, constatou-se aspectos claros da atuação do psicólogo no CRAS e CREAS e que este por sua vez tem um papel fundamental na identificação de demandas em vulnerabilidade social, bem como desenvolver ações que minimizem os danos advindos do contexto social, no qual muitas pessoas vivem sem condições de terem um bem-estar subjetivo em decorrência do quadro de pobreza e desigualdades extremas.

Por fim, embora verificado as particularidades do processo de trabalho do psicólogo no SUAS, entretanto foram verificadas algumas limitações, como a carência de estudos nacionais que pudessem evidenciar e respaldar a atuação do psicólogo nas políticas públicas. Neste sentido, sugere-se que se possam ampliar as pesquisas teóricas e práticas relativas ao tema, buscando analisar estudos de casos reais, para que se possa conhecer mais amplamente sobre os aspectos biopsicossociais das pessoas que necessitam do serviço do SUAS e do apoio do profissional de psicologia.

## REFERÊNCIAS

CREAS, 2012. **Centro de Referência Especializado de Assistência Social**. Disponível em: <http://fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=104>. Acesso em: 17 de jan. 2015.

FLOR, Tatyane Couto; GOTO, Tommy Akira. Atuação do psicólogo no CRAS: uma análise fenomenológico-empírica. **Rev. abordagem gestalt.**, Goiânia, v. 21, n. 1, p. 22-34, jun. 2015. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-68672015000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672015000100004&lng=pt&nrm=iso). acessos em 27 maio 2019

FRARAJ, S. P. e SIQUEIRA, A. L. **O atendimento e a Rede de Proteção da Criança e do Adolescente Víctima de Violência Sexual na Perspectiva dos Profissionais do CREAS**. Barbarói: Santa Cruz do Sul, 2012.

IPEA. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros** / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. – Brasília: IPEA, 2015.

KOELZER, Larissa Papaleo; BACKES, Mariana Schubert; ZANELLA, Andréa Vieira. Psicologia e CRAS: reflexões a partir de uma experiência de estágio. Gerais, **Rev. Interinst. Psicol.**, Juiz de Fora , v. 7, n. 1, p. 132-139, jun. 2014 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-82202014000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202014000100012&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 28 maio 2019.

LANE, S. T. M.; BOCK, A. M. B. ABRAPSO: Uma história da psicologia social enquanto práxis. Em. A. M. Jacó-Vilela e D. Mancebo (Orgs.), **Psicologia social: Relatos na América Latina** (pp. 123-144). São Paulo: **Casa do Psicólogo**, 2003.

MACEDO, Orlando Júnior Viana et al . Atuação dos Profissionais de Psicologia nos CRAS do Interior da Paraíba. **Trends Psychol.**, Ribeirão Preto , v. 26, n. 2, p. 1083-1097, June 2018 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2358-18832018000201083&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2358-18832018000201083&lng=en&nrm=iso)>. access on 28 May 2019. <http://dx.doi.org/10.9788/tp2018.2-20pt>.

MDS – Ministério do desenvolvimento Social. **Guia de emendas 2019**. 2019. Disponível em: [http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/MDS\\_Guia\\_Emenda\\_2019.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/MDS_Guia_Emenda_2019.pdf).

MDS – Ministério do desenvolvimento Social. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais**. 2014. Disponível em: [https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/tipificacao.pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/tipificacao.pdf)

MDS. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social - PNAS**. Brasília, DF: Autor. 2004.

MSD. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social-NOB-RH/SUAS**. Brasília, DF: Autor, 2006.

OLIVEIRA, I. F. ET AL. Atuação dos psicólogos nos CRAS do interior do RN. **Psicologia & Sociedade**, 2014.

PAIXÃO, A. C. W.; DESLANDES, S. F. **Análise das políticas públicas de enfrentamento da violência sexual infantojuvenil**. Saúde e Sociedade. São Paulo, v.19, n.1, p. 114-126, jan./mar. 2010.

PEDERSEN, J. R. Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças e adolescentes: a busca pela garantia dos direitos da população infantojuvenil. In: MENDES, L. M.; MARCHEZA, N. A. (Org.). **Expressão de violência e seu enfrentamento no CREAS/Centro de Referência Especializado da Assistência Social**. Passo Fundo: Méritos, 2008. p. 19-37.

POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (PNAS). Brasília: MDS/SNAS, 2004.

RIBEIRO, M. E.; E GUZZO, R. S. L. Psicologia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): reflexões críticas sobre ações e dilemas profissionais. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 9(1), São João del-Rei, 2014.

SANTOS, P. H. Psicologia e SUAS: Problematizando a Atuação da(o) Psicóloga(o) no CRAS. Pretextos - **Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, 2016.

15 A prevalência da sintomatologia depressiva entre pessoas com doença renal crônica e familiares

Fabrycianne Gonçalves Costa;  
Maria da Penha de Lima Coutinho;  
Érika Marques de Almeida Lima

### **Introdução**

Neste capítulo abordaremos sobre a depressão, um dos transtornos psicoafetivos mais prevalentes entre as pessoas acometidas da Doença Renal Crônica (DRC) e seus familiares cuidadores, a qual pode estar relacionada aos fatores adversos do meio social ou inerente ao próprio tratamento.

Destarte, se têm observado a partir das últimas três décadas do século XX, estudos no campo da psicologia e da saúde, demonstrando uma associação entre o transtorno depressivo e as doenças crônicas, a exemplo da doença renal (KIMMEL; COHEN; PETERSON, 2008; NIFA; RUDNICKI, 2010; COUTINHO; COSTA, 2015). A Doença Renal Crônica (DRC) é a fase mais avançada da doença renal, caracterizada pela perda progressiva e irreversível das múltiplas funções dos rins, que geram alterações nos diversos sistemas do organismo. Tal perda progressiva contribui para o fracasso da capacidade do corpo em manter os equilíbrios metabólicos e hidroeletrólíticos, resultando na retenção de ureia e outros resíduos nitrogenados no sangue (BRASIL, 2014).

Por tratar-se de uma doença assintomática, as pessoas desconhecem a sua existência até o seu diagnóstico. Na maioria das vezes, o diagnóstico só é realizado quando o quadro clínico se apresenta bastante avançado, necessitando imediatamente de tratamento para suprir a função renal (BRASIL, 2014). Nesse caso, comumente, a hemodiálise é o tratamento mais adotado para a substituição desta função. Caracteriza-se por ser um processo mecânico e extracorpóreo, que consiste na retirada de substâncias tóxicas e do excesso de líquido do organismo. Em geral, esse tratamento é realizado em hospitais, três vezes por semana, com duração média de quatro horas. Além destes cuidados, a pessoa deve seguir dietas e ingerir medicamentos (RUDNICKI, 2014).

Desta forma, a pessoa com a doença renal é conduzida a conviver diariamente com uma patologia incurável, que a obriga a uma forma de tratamento dolorosa, de longa duração e que provoca, juntamente com a evolução da doença e suas complicações, ainda maiores limitações e alterações de grande impacto. Essas limitações repercutem tanto em sua própria vida, quanto na do seu grupo familiar, afetando as várias dimensões do ser humano, sejam elas de ordem física, psicológica, econômica ou social (RAMOS; QUEIROZ; JORGE, 2008).

Neste sentido, o paciente fica constantemente exposto a fatores adversos, inerentes à terapêutica da síndrome renal, como o tempo gasto nas sessões de hemodiálise, as constantes consultas médicas, os exames laboratoriais, as dietas e a expectativa de transplante, que, associados à frequente permanência em contextos hospitalares, contribuem para o surgimento da sintomatologia depressiva em tais pacientes e em seus cuidadores (COUTINHO; COSTA, 2015; FERREIRA; ANES, 2010; MIYASHITA et al., 2009).

Estudos desenvolvidos por Kimmel et al. (2008) e Nifa e Rudnicki (2010) demonstram que a depressão parece ser a complicação psíquica mais frequente nos pacientes em tratamento de hemodiálise. Autores como Besier e Goldbeck (2011), Miyashita et al. (2009) e Maciel, Melo, Dias, Silva e Gouveia (2014) também constataram altos índices de depressão em cuidadores/familiares de pacientes de diversas ordens, relacionando-a as implicações do cuidar.

Conforme a Organização Mundial de Saúde – OMS (2019), o transtorno depressivo é caracterizado por alterações afetivas, cognitivas, volitivas e psicomotoras, que comprometem o funcionamento global do indivíduo, interferindo no seu cotidiano e nas suas relações sociais. Podendo indicar tanto um estado afetivo normal quanto um

sintoma, uma síndrome, ou várias doenças (RIBEIRO; COUTINHO; NASCIMENTO, 2010).

Estima-se que mais de 350 milhões de pessoas, em todo o mundo, sofram de depressão, no Brasil existem cerca de 11,5 milhões de depressivos, sendo o quinto país com mais casos de depressão no mundo (OMS, 2019). No tocante aos pacientes em tratamento de hemodiálise, essa prevalência pode alcançar índices de até 100%, dependendo dos instrumentos utilizados (KIMMEL et al., 2008; SMITH; HONG; ROBSON, 1985). Estudos mais recentes têm evidenciado prevalências menos abrangentes, a exemplo de Schuster, Feldens, Iser e Ghislandi (2015) e Costa, Coutinho, Melo e Oliveira (2014), que utilizaram a escala para depressão de Beck (BDI) e constataram uma incidência de sintomas depressivos de 71% e 56,3% respectivamente.

Outros estudos assinalaram variações ainda menores, entre 10 e 30% (ANDRADE; SESSO; DINIZ, 2015; KIMMEL et al., 2008). Os autores Stachera Stasiak, Bazan, Kuss, Schuinski e Baroni (2014) aplicaram tanto o BDI quanto a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e verificaram maior prevalência de depressão com o BDI (22,6%) e 9,3% na HADS. Tal fato, pode ter ocorrido devido o BDI conter questionamentos referentes a dados somáticos como alterações no peso e aumento ou diminuição do apetite, tendo em vista que esses aspectos são inconstantes na vida dessas pessoas e podem ser confundidos com a própria patologia renal. Entre os cuidadores, a sintomatologia depressiva também é frequente, para Miyashita et al. (2009), esta pode variar de 42% a 63%.

Os cuidadores informais são, normalmente, familiares, do sexo feminino, não remunerados, com pouco conhecimento técnico e pouco assistidos e orientados pelos serviços de saúde, que modificam suas rotinas para auxiliarem no cuidado com a saúde de seus ente-queridos (MARQUES; LANDIM; COLLARES; MESQUITA, 2011). A família que cuida realiza tarefas de natureza diversificada, as quais estão relacionadas com as atividades da vida diária, abrangendo desde cuidados com a higiene, alimentação, tarefas domésticas, bem como, proteção, atenção, conforto, segurança, tratamento, repouso, socialização, administração da medicação, acompanhamento em consultas médicas, estendendo-se a outras atividades, como gerir aspectos econômicos (CARDOSO; VIEIRA; RICCI; MAZZA, 2012).

Em se tratando dos pacientes que necessitam da hemodiálise, os cuidadores também os acompanham durante as sessões. Além disso, existem os cuidados específicos com o cateter ou fístula, a administração de medicamentos de uso diário e

contínuo e o controle da alimentação, pois esses pacientes têm a necessidade de seguir uma dieta rigorosa, e a quantidade de líquidos a ser ingerida é mínima (COUTINHO; COSTA, 2015; GAYOMALI et al., 2008). Quando esses pacientes são idosos, a atenção da família se estende para além da terapêutica específica referente à doença renal, abrangendo outras características que podem surgir devido à idade ou à própria patologia, como hipertensão, dificuldades de circulação, problemas cardíacos, diabetes, deficiência visual, incapacidade de andar, além de transtornos de humor ou cognitivos (GAYOMALI et al., 2008; RIBEIRO; MARQUES; RIBEIRO, 2009).

Deste modo, o cuidador sem suporte pode ser um futuro paciente com depressão, isto porque, como foi relatado por Marques et al. (2011), o familiar cuidador volta toda sua atenção para as necessidades imediatas do doente e deixa de cuidar de si. Dessa forma, o cuidar do paciente renal pode conduzir o familiar ao comprometimento de sua rotina, lhes ocasionando diminuição das atividades sociais, alterações na saúde, problemas no trabalho, mudanças na vida familiar, entre outros, sendo assim, tais comprometimentos podem acarretar diminuição tanto na qualidade de vida do cuidador como afetar o cuidado com o doente renal crônico (MARQUES et al., 2011).

Conforme Dias (2011), existe inter-relação entre o sofrimento do familiar cuidador e o do paciente, com consequências desfavoráveis para ambos, dessa forma, se a família é afetada pela depressão, as reações familiares também afetam o paciente. Percebe, portanto, que o processo de cuidar é complexo, influenciando e sendo influenciado pelo adoecer.

Diante do exposto, verifica-se a relevância de mensurar a sintomatologia depressiva em pacientes renais crônicos e seus familiares e relacioná-la as variáveis biossociodemográficas. Espera-se que os resultados evidenciados nesse estudo, possam fornecer subsídios científicos para o desenvolvimento de políticas públicas, que auxiliem a atuação dos profissionais da saúde direcionadas para a prevenção e/ou tratamento da depressão nos pacientes e cuidadores de doentes renais crônicos.

## **Método**

Tratou-se de uma pesquisa descritiva, com uma abordagem quantitativa, realizada em três instituições hospitalares que disponibilizam o tratamento da hemodiálise para adultos e mantêm convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), localizadas no município de João Pessoa/PB.

### *Participantes*

A amostragem foi do tipo não probabilístico e de conveniência. A pesquisa desenvolveu-se com dois grupos o primeiro foi composto por 50 pacientes com DRC que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos e estar em tratamento de hemodiálise por no mínimo três meses, considerou-se que esse tempo seria um período de adaptação do paciente a hemodiálise. O segundo grupo, foi formado por 50 cuidadores todos familiares dos participantes do primeiro grupo, os quais foram definidos, no presente estudo, como aqueles que estavam acompanhando os pacientes à hemodiálise e os auxiliavam nos cuidados diários.

### *Instrumentos*

Para a obtenção dos dados utilizou-se um questionário biossociodemográfico, aplicado com o intuito de obter informações, tais como; sexo, idade, grau de escolaridade, situação conjugal, profissão e religião. Além disso, para os pacientes, questionou-se o tempo de diagnóstico e de hemodiálise. E, especificamente para os familiares, o tempo de acompanhamento e auxílio nos cuidados diários, bem como o grau de parentesco.

Aplicou-se ainda a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS), instrumento adaptado à população brasileira por Botega, Bio, Zomignani, Garcia e Pereira (1995). Essa escala de rastreamento possui 14 itens, sete voltados para a avaliação da ansiedade (HADS-A) e sete para a depressão (HADS-D), cada item pode ser pontuado de zero a três, compondo uma pontuação de  $0 \pm 21$ . No presente estudo, foram utilizados exclusivamente os itens referentes a sub escala (HADS-D), na qual os níveis de sintomatologia depressiva foram categorizados da seguinte forma: sem sintomas depressivos (0-07), leve (08-10), moderada (11-14) e grave (15-21) (BOTEGA et al., 1995; MARCOLINO; MATHIAS; PICCININI FILHO; GUARATINI; SUZUKI; ALLI, 2007).

No que se refere a consistência interna das sub escalas de ansiedade e depressão, os autores Botega et al. (1995) verificaram coeficientes de alfa de Cronbach, de 0,68 e 0,77, respectivamente, embora Marcolino et al. (2007) tenham constatado maiores índices, tanto para pacientes internados 0,84 e 0,83 respectivamente, quanto para população em geral 0,84 e 0,79 (ansiedade e depressão). Para avaliar a validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré-operatório, comparando com as escalas de Beck de ansiedade e depressão, constatou-se que a correlação da HADS,

variou de 0,6 a 0,7, sendo considerada uma correlação de média à forte, apresentando índices de consistência interna recomendáveis para instrumentos de triagem (MARCOLINO et al., 2007).

### *Procedimentos*

Este estudo foi realizado considerando as condições éticas estabelecidas pela Comissão do Conselho Nacional de Saúde, pertinentes a pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012, e com constituição designada pela Resolução 246/97, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, sob o protocolo de nº 392/11.

Quanto ao procedimento de coleta de dados, os pacientes e familiares/cuidadores foram abordados na sala de espera para a hemodiálise. Inicialmente, cada participante assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e, na sequência, procedeu-se administração dos instrumentos, obedecendo-se à seguinte ordem: primeiro, o questionário sociodemográfico, em seguida a HADS-D. Os instrumentos foram aplicados individualmente e oralmente, lidos pelo pesquisador, devido à incapacidade de alguns participantes em responder por escrito, destaca-se que as respostas dos pacientes não ocorreram na presença dos familiares. O tempo médio de aplicação dos instrumentos foi de 30 minutos.

Para a análise dos dados, utilizou-se o Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS) para Windows versão 19.0. Foi empregada a estatística descritiva (média, desvio padrão, amplitude e frequências) para descrever a amostra estudada, a partir das variáveis do questionário biossociodemográfico e para mensurar a prevalência dos sintomas depressivos. E, a estatística inferencial, nesse caso, utilizada para verificar se existia diferença significativa no nível de sintomatologia depressiva entre familiares e pacientes, efetuou-se um teste t de Student, após ser constatada a normalidade da distribuição da variável depressão por meio do teste Kolmogorov-Smirnov.

Além disso, a estatística inferencial também foi utilizada para testar a relação entre a sintomatologia depressiva como categórica (presença ou ausência de depressão) e as variáveis biossociodemográficas, por meio de testes de associação qui-quadrado e de correlações, Pearson e Spearman. O uso de testes não paramétricos para as variáveis sexo, escolaridade, estado civil, ocupação, religião, ter outro familiar com a DRC e para o tempo de diagnóstico e tratamento, foi devido na não normalidade na distribuição desses dados.

## Resultados e Discussão

Os resultados dos dados biossociodemográficos dos participantes estão dispostos nas tabelas 1 e 2. Verificou-se, que as idades dos pacientes variaram entre 20 e 73 anos ( $M= 45,06$ ;  $DP= 13,4$ ) e todos realizavam três sessões de hemodiálise por semana. Na primeira tabela, observa-se que a maioria dos pacientes era sexo feminino representando 52%, sendo 66% destes casados, 56% com escolaridade até o ensino fundamental quanto a religião, notou-se que 58% dos pacientes eram católicos, quando perguntado sobre a ocupação, 88% responderam que eram aposentados. Notou-se ainda, que a maioria dos participantes tinha o diagnóstico da doença renal entre 1 a 3 anos ( $M= 2,54$ ;  $DP= 1,11$ ) e apresentavam este mesmo tempo de hemodiálise ( $M= 2,18$ ;  $DP= 1,04$ ).

Tabela 1.

Frequência e porcentagem das variáveis biossociodemográficas dos pacientes com DRC (n= 50)

Variáveis	f*	%
Sexo		
Masculino	24	48,0
Feminino	26	52,0
Estado civil		
Casado	33	66,0
Solteiro	17	34,0
Escolaridade		
Analf./Fundamental	28	56,0
Médio	15	30,0
Superior	07	14,0
Ocupação		
Aposentados	44	88,0
Outras	06	12,0
Religião		
Católica	29	58,0
Evangélica	15	30,0
Outras	06	12,0
Tempo de diagnóstico		
Menos de 1 ano	10	20,0
De 1 a 3 anos	17	34,0
De 4 a 6 anos	09	18,0
Maior igual a 7 anos	14	28,0
Tempo de hemodiálise		
Menos de 1 ano	15	30,0
De 1 a 3 anos	19	38,0
De 4 a 6 anos	08	16,0

Maior igual a 7 anos	08	16,0
----------------------	----	------

\* *f* = frequência

Na Tabela 2, estão apresentados os resultados referentes aos cuidadores. Constatou-se que, dos 50 (cinquenta) participantes que constituíram a amostra, 82% eram do sexo feminino, com idades entre 18 a 68 anos ( $M= 40,7$ ;  $DP= 14,0$ ) e, a maioria (70%) era casada. Observou-se também, que 46% dos participantes tinham o ensino fundamental como maior nível de escolaridade, e 40% afirmaram serem donas de casa. Por fim, constatou-se que a maior parte dos cuidadores acompanhavam seus familiares entre 1 e 3 anos ( $M=1,66$ ;  $DP= 0,87$ ) e que 72% destes, eram esposas e filhos. Esses resultados estão em congruência com um estudo de revisão realizado por Cardoso et al. (2012), os quais constataram a presença feminina no papel de cuidador principal, sejam elas, filhas ou esposas, casadas, de meia idade e com filhos, que predominantemente cuidam de seus progenitores ou cônjuges.

Essa predominância justifica-se pelo papel sociocultural que é imposto a figura feminina, como principal provedora dos cuidados à família e aos necessitados. Esta atividade, na maioria das vezes, é desempenhada com dedicação integral, derivada de uma construção social ideologicamente determinada e aceita, constituindo-se como uma verdade em uma obrigação moral (CARDOSO et al., 2012).

Possivelmente, um outro desdobramento deve-se ao fato que essas cuidadoras a médio e longo prazo fiquem mais susceptíveis a adquirirem a síndrome da depressão, conforme ratificação da literatura, a qual aponta que as mulheres são mais afetadas que os homens (OMS, 2019).

Tabela 2.

Frequência e porcentagem das variáveis biossociodemográficas dos familiares/cuidadores (n= 50)

Variáveis	<i>f</i> *	%
Sexo		
Masculino	09	82,0
Feminino	41	18,0
Estado civil		
Casado	35	70,0
Solteiro	15	30,0
Escolaridade		
Analf./Fundamental	23	46,0

Médio	14	28,0
Superior	13	26,0
Ocupação		
Dona de casa	20	40,0
Agricultor	08	16,0
Estudante	05	10,0
Outras	17	34,0
Religião		
Católica	32	64,0
Evangélica	16	32,0
Outras	02	04,0
Tempo de acompanhamento/ Cuidados		
Menos de 1 ano	15	30,0
De 1 a 3 anos	19	38,0
De 4 a 6 anos	08	16,0
Maior igual a 7 anos	08	16,0
Proximidade		
Esposa	20	40,0
Filhos	16	32,0
Outros	14	28,0

\* *f* = frequência

Em relação aos resultados constatados por meio da HADS-D aplicada com o objetivo de mensurar a prevalência da sintomatologia depressiva, observou-se que na amostra de pacientes a pontuação variou de 0 a 18 pontos, com escore médio de 5,36 (DP=3,4). A prevalência de depressão encontrada entre esses participantes foi de 20%, e, desse montante, 12% possuíam sintomatologia depressiva leve, 6% moderada e 2% grave. Este nível de incidência está em consonância com a literatura, cujos índices se situam entre 10 e 100% (COSTA et al., 2014; GARCIA et al., 2010; KIMMEL et al., 2008; SMITH et al., 1985).

Diante desses resultados, é possível inferir que os pacientes com DRC em tratamento de hemodiálise são mais suscetíveis em relação à população em geral, de serem acometidos pela sintomatologia da depressão, uma vez que a literatura preconiza que esta síndrome é frequente nessas pessoas. Nesses pacientes, a sintomatologia depressiva parece estar relacionada a mudanças na qualidade de vida, diminuição da imunidade e da capacidade funcional, relaxamento dos cuidados pessoais e adesão aos tratamentos e dietas (CUKER et al., 2010). Conseqüentemente, esses problemas acarretam o aumento do número de consultas ambulatoriais, internações e até mortalidade (CHILCOT et al., 2010).

Por outro lado, o impacto do diagnóstico da DRC e a tomada de consciência do tratamento da hemodiálise, predispõe o paciente a outros tipos de enfermidades principalmente aquelas relacionadas as doenças psicoafetivas. Provocando, sentimentos de medo, tristeza, desespero e sofrimento ante a possibilidade da morte (COUTINHO; COSTA, 2015).

Face a essas premissas torna-se imprescindível maior precaução no cuidado da atenção, promoção e prevenção da DRC, com a finalidade de otimizar os programas de políticas públicas voltados para a conscientização da comunidade, em geral, no que concerne aos fatores de risco que levam a desencadeamento dessa doença, tais como: fatores genéticos, hipertensão arterial, diabetes, obesidade, proteinúria, tabagismo, entre outros, com o intuito de minimizar a morbimortalidade dessa população.

Quanto aos cuidadores, constatou-se uma pontuação mínima de 0 e máxima de 17 pontos ( $M= 6,8$ ;  $DP= 3,7$ ), observando-se um total de 46% de familiares/cuidadores com a sintomatologia depressiva, desses 30% tinham sintomas leves de depressão, 10% moderados e 6% graves. A prevalência da depressão encontrada nos cuidadores deste estudo foi semelhante à constatada em outros estudos com cuidadores de pacientes crônicos de outras doenças (MIYASHITA et al., 2009; SANSONI et al., 2004).

Destaca-se, que a alta incidência da depressão encontrada nos cuidadores/familiares das pessoas com DRC, provavelmente pode estar diretamente relacionada aos cuidados proporcionados aos doentes renais crônicos, compreendendo desde os mais abrangentes, como as atividades da vida diária, até os específicos da patologia renal, como as restrições alimentares, administração da medicação, acompanhamento em consultas médicas e sessões de hemodiálise, entre outras (VIEIRA et al., 2011; FERNANDES, 2009; GAYOMALI et al., 2008). Esses achados, provavelmente, podem indicar que a presença da depressão no cuidador alerta sobre o desgaste que o envolvimento afetivo e a sobrecarga de atividades têm em modificar a saúde mental dessas pessoas.

Na sequência, com o intuito de verificar se havia diferença significativa entre os níveis de sintomatologia depressiva dos cuidadores e pacientes, efetuou-se um teste t de Student. Os achados indicaram haver diferença significativa entre os grupos [ $t(97,47) = -2,04$ ;  $p < 0,05$ ;  $d= 0,42$ ], apontando um maior nível de depressão para os cuidadores ( $M = 6,84$ ;  $DP = 3,7$ ) comparada aos pacientes ( $M = 5,36$ ;  $DP = 3,4$ ).

Esses resultados corroboram com os estudos desenvolvidos por Coutinho e Costa (2015), Marques et al. (2011) e Ribeiro et al. (2009) ao afirmarem que apesar dos cuidadores não estarem acometidos pela patologia renal, esta faz com que eles experienciam mudanças em seus estilos de vida, como, por exemplo, nos hábitos alimentares, limitações em suas vidas laborais, pois muitas vezes esses cuidadores abdicam do trabalho, ou tentam associá-las para acompanhar seus familiares nas sessões de hemodiálise e no cuidar cotidiano. Esta realidade, por suposto, impõe mudanças nos padrões de comportamento, podendo restringir também as atividades de lazer, desencadeando uma situação de sobrecarga psicológica.

Neste cenário, o impacto de conviver com uma pessoa doente implica em condição análoga de sofrimento, apesar dos cuidadores não estarem doentes fisiologicamente, a realidade da doença renal e sua terapêutica provocam limitações na vida dos pacientes e conseqüentemente para a vida dos cuidadores. As preocupações dos pacientes estão voltadas para a doença; já os familiares, estão envolvidos desde a própria doença, ao cuidar do ser doente (Costa, 2013). Dessa forma, é importante salientar que as doenças crônicas podem desencadear desequilíbrios psicoemocionais não apenas nos pacientes, mas também nas pessoas que estão perto deles, como é o caso de seus cuidadores (SEZER et al., 2003).

Contrariando os dados encontrados neste estudo, Saeed et al. (2012), ao medir e comparar a prevalência da depressão em pacientes renais e em seus cuidadores, utilizando o BDI, constataram que 75% dos pacientes e 33,4% dos cuidadores apresentaram sintomas depressivos de moderado à grave. Por outro lado, Asti et al. (2006) constataram similaridades entre as frequências da depressão em pacientes (10%) e em seus cuidadores (9%).

Arechabala, Catoni, Palma e Barrios (2011) em estudo realizado no Chile, por meio da escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, observaram semelhanças na presença de depressão dos pacientes renais (40,74%) e de seus cuidadores principais (43,82%). Esses autores consideram que a carga do cuidado de um parente paciente implica em outras complicações, que surgem por estes negligenciarem de algum modo a sua saúde, por diminuírem as atividades sociais, aumentarem a carga de trabalho, terem restrições ou conseqüências econômicas, problemas sexuais e períodos prolongados de tempo dedicados aos pacientes, o que pode resultar em conseqüências na saúde dos cuidadores, ocasionando-lhes problemas como a depressão.

Para identificar a relação da sintomatologia depressiva com as variáveis biossociodemográficas dos pacientes, utilizou-se a variável depressão como categórica (“presença ou ausência” de sintomatologia depressiva), sendo assim, foram realizados testes qui-quadrado com as variáveis: sexo, ocupação, religião, ter outro familiar com a DRC e estado civil. Desta forma, nestes resultados não foram constatadas associações significativas para as variáveis a seguir: sexo ( $\chi^2=0,32$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,41$ ); ocupação ( $\chi^2=0,47$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,65$ ); religião ( $\chi^2=2,96$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,22$ ); ter outro familiar com a IRC ( $\chi^2=1,27$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,22$ ).

Quanto ao estado civil dos pacientes, constatou-se significância entre a associação das variáveis casado ou solteiro, com a presença ou ausência da sintomatologia depressiva ( $\chi^2=3,76$ ;  $gl=1$ ;  $p\leq 0,05$ ), a partir do cruzamento destas variáveis se pôde observar que existiram menos casos de depressão entre os casados, tanto em termos absolutos quanto em termos relativos, uma vez que mais de 50% dos solteiros apresentaram depressão enquanto que entre os casados, 12% apresentaram depressão.

Nesse sentido, implica-se que para os pacientes estar casado parece ser um fator protetional para a depressão, já que a minoria destes (12%) apresentou esta síndrome psicoafetiva. Moura Junior et al. (2008) corroboram com esses dados, ao estudarem a prevalência de transtornos psiquiátricos (incluindo a depressão) em pacientes renais, destacando que os pacientes solteiros apresentaram mais chance de diagnóstico de transtornos psiquiátricos, quando em comparação com os casados. Por sua vez, os viúvos e os separados tinham, respectivamente, de três a cinco vezes mais chances de transtornos, quando comparados aos casados.

Com a finalidade de verificar se existia associação entre as demais variáveis, utilizou-se a correlação de Spearman. Os resultados não apontaram significância estatística, entre a escolaridade e os índices de sintomas depressivos ( $rp= (0,11)$  e  $p= 0,41$ ), entre o somatório da HADS-D e o somatório do tempo de diagnóstico da doença ( $rp= (-0,70)$  e  $p=0,63$ ), assim como, para o somatório do tempo de tratamento em hemodiálise ( $rp= (0,03)$  e  $p= 0,81$ ).

Em relação aos cuidadores/familiares, para identificar a relação das variáveis biossociodemográficas com os sintomas da depressão, inicialmente, utilizou-se a correlação  $r$  de Pearson para o somatório do tempo que os cuidadores acompanham seus familiares e o somatório da HADS-D, nesse caso verificou-se uma correlação

significativa positiva e de qualidade moderada ( $r = (0,37)$  e  $p = 0,008$ ), sugerindo que quanto maior o tempo de cuidado, maior o nível de depressão desses acompanhantes.

O prolongamento do tempo de acompanhamento e cuidados dispensados, realizados por esses familiares pode desencadear a depressão, devido ao maior tempo de exposição às situações estressantes, como é o caso de estarem disponíveis durante as sessões de hemodiálise semanais, agregado a espera por estas, o que impede ou restringe suas atividades laborais e vida social. Há, além destes, outros fatores, como o fato de vivenciarem dificuldades na obtenção de transporte, problemas na recuperação, restrições alimentares, acúmulo de fadiga, ansiedade, deterioração nos relacionamentos familiares, se sentirem juntamente com seus familiares dependentes do centro de diálise, entre outras situações adversas (GAYOMALI et al., 2008; SEZER et al., 2003).

Vale salientar que a depressão é multifatorial, não sendo estes os únicos fatores para o desencadeamento desta patologia. Distintos aspectos como: variáveis genéticas, psicodinâmicas, desenvolvimentais, cognitivas e neurobiológicas, também podem ser predisposições à depressão (OMS, 2019).

Destarte, no que se referem as demais variáveis biossociodemográficas dos cuidadores, não foram constadas associações significativas com a sintomatologia depressiva, como pode ser observado: sexo ( $\chi^2=0,01$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,60$ ); estado civil ( $\chi^2=1,46$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,35$ ); religião ( $\chi^2=1,81$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,91$ ); o grau de parentesco ( $\chi^2=5,28$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,07$ ), nem correlações, idade ( $r=(0,95)$  e  $p=0,51$ ); escolaridade ( $rp=(-0,22)$  e  $p=0,11$ ) e ocupação ( $rp= (-0,12)$  e  $p= 0,37$ ).

### **Considerações Finais**

Em suma, os resultados alcançados refletem importante prevalência da sintomatologia depressiva entre os participantes dos grupos investigados, embora, tenha sido mais expressiva entre os familiares cuidadores de pacientes renais. Observou-se estatisticamente associação entre o estado civil dos pacientes com a sintomatologia da depressão, evidenciando menos casos dessa síndrome entre os casados, tal aspecto sugere que para essa população o apoio da família funciona como fator protetional para a depressão. Por meio da análise do perfil biossociodemográfico dos cuidadores, constatou-se predomínio do sexo feminino, em sua maioria esposas dos pacientes, equivalente ao que preconiza a literatura, notou-se também, uma correlação positiva entre o tempo de acompanhamento e cuidados com a presença de sintomas depressivos.

Dessa forma, espera-se que esses resultados possam subsidiar a implementação de programas de políticas públicas voltados para a assistência não apenas com o doente, mas também com o cuidador que por vezes são tratados como sub-prioritários, ou que são negligenciados. Portanto, sugere-se programas sociais com a finalidade de propiciar aos cuidadores maiores informações acerca de como cuidar da doença e do doente renal. Uma vez, que existe um descompasso entre o saber e o fazer que pode levar os cuidadores a ficarem predispostos a outros tipos de doenças tanto físicas quanto psicoafetivas.

Menciona-se algumas limitações desse estudo, a utilização de uma amostra não probabilística, comprometendo à possibilidade de generalização, assim como, a quantidade de participantes. Devido à pesquisa ter sido realizada somente em instituições hospitalares públicas, tal aspecto, inviabilizou observar se existem diferenças entre o contexto público e o privado. Destaca-se também, que a prevalência da depressão encontrada não se aplica a um diagnóstico, uma vez que se utilizou um instrumento para o rastreamento da depressão.

**Destaca-se que o presente capítulo foi baseado no artigo:** COSTA, Fabrycianne Gonçalves; COUTINHO, Maria da Penha de Lima. Síndrome depressiva: um estudo com pacientes e familiares no contexto da doença renal crônica. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 38-55, 2016.

### **Questões para reflexão**

1. Escreva sobre a doença renal crônica e sua terapêutica.
2. Quais os sintomas do transtorno depressivo?
3. Explique os motivos pelos quais as pessoas com doença renal e seus familiares/cuidadores podem desencadear a sintomatologia depressiva. E porque esse transtorno pode ser mais prevalente nos familiares/cuidadores?
4. Discuta sobre as possíveis estratégias de intervenção do psicólogo no contexto da doença renal crônica.

### **Referências**

ANDRADE, S. V.; SESSO, R.; DINIZ, D. H. M. P. Desesperança, ideação suicida e depressão em pacientes renais crônicos em tratamento por hemodiálise ou transplante.

**Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 37, n. 1, p. 55-63, 2015. doi: 10.5935/0101-2800.20150009

ARECHABALA, M. C.; CATONI, M. I.; PALMA, E.; BARRIOS, S. Depresión y autopercepción de la carga del cuidado em pacientes en hemodiálisis y sus cuidadores.

**Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 30, n. 1, p. 74–9, 2011. doi: 10.1590/S1020-49892011000700011

ASTI, T.; KARA, M.; IPEK, G.; ERCI, B. The experiences of loneliness, depression, and social support of Turkish patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis and their caregivers. **Journal of Clinical Nursing**, v. 15, n. 4, p. 490 – 97, 2006. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01330.x

BESIER, T.; GOLDBECK, L. Anxiety and depression in adolescents with CF and their caregivers. **Journal of Cystic Fibrosis**, v. 10, n. 6, p. 435 – 442, 2011. doi: 10.1016/j.jcf.2011.06.012

BOTEGA, N. J.; BIO, M. R.; ZOMIGNANI, M. A.; GARCIA JR, C.; PEREIRA, W. A. B. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. **Revista Saúde Pública**, v. 29, n. 5, p. 359-363, 1995. doi: 10.1590/S0034-89101995000500004

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ **Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2014.

CARDOSO, L.; VIEIRA, M. V.; RICCI, M. A. M.; MAZZA, R. S. Perspectivas atuais sobre a sobrecarga do cuidador em saúde mental. **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 46, n. 2, p. 513-517, 2012. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000200033>

CHILCOT, J.; WELLSTED, D.; FARRINGTON, F. Illness representations are associated with fluid nonadherence among hemodialysis patients. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 68, n. 2, p. 203–212, 2010. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.08.010

COSTA, F. G. **Depressão e insuficiência renal crônica: representações sociais de pacientes em hemodiálise e cuidadores**. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2013. Recuperado de <http://tede.biblioteca.ufpb.br:8080/bitstream/tede/6911/1/ArquivoTotal.pdf>

COSTA, F. G.; COUTINHO, M. P. L.; MELO, J. R. F.; OLIVEIRA, M. X. Rastreamento da depressão no contexto da insuficiência renal crônica. **Revista Temas em Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 445-455, 2014. doi: 10.9788/TP2014.2-14

COUTINHO, M. P. L.; COSTA, F. G. Depressão e insuficiência renal crônica: uma análise psicossociológica. **Psicologia & Sociedade**, v. 27, n. 2, p. 448-449, 2015. doi.org/10.1590/1807-03102015v27n2p449

CUKER, G. M.; FRAGNANI, E. C. S. F. **As dimensões psicológicas da doença renal crônica**. Monografia de Conclusão de Curso de Psicologia, Universidade do Extremo Sul Catarinense, RS, 2010. Recuperado de <http://www.bib.unesc.net/biblioteca/sumario/000044/0000440B.pdf>

DIAS, E. A. **Sobrecarga vivenciada por familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos e sua relação com a depressão**. Dissertação de mestrado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal, 2011. Recuperado de <http://run.unl.pt/handle/10362/5932>

FERNANDES, J. **Cuidar no domicílio e a sobrecarga do cuidador familiar**. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2009. Recuperado de <http://udcpplanaltomirandes.files.wordpress.com/2011/08/tese-de-mestrado-da-dra-jacinta.pdf>

FERREIRA, P. L.; ANES, E. J. Medição da qualidade de vida de insuficientes renais crônicos: criação da versão portuguesa do KDQOL-SF. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 28, n. 1, p. 31-39, 2010. Recuperado de <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/vol-1-2010/03-2010.pdf>

GAYOMALI, C.; SUTHERLAND, S.; FINKELSTEIN, F. O. The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease. **Nephrol Dial Transplant**, v. 23, n. 12, p. 3749–3751, 2008. doi: 10.1093/ndt/gfn577

KIMMEL, P. L.; COHEN, S. D.; PETERSON, R. A. Depression in patients with chronic renal disease: where are we going? **Journal of Renal Nutrition**, v. 18, n. 1, p. 99–103, 2008. doi: 10.1053/j.jrn.2007.10.020

MACIEL, S. C.; MELO, J. R. F.; DIAS, C. C. V.; SILVA, G. L. S.; GOUVEIA, Y. B. Sintomas depressivos em familiares de dependentes químicos. **Psicologia: teoria e prática**, v. 16, n. 2, p. 18-28, 2014. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-36872014000200002&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000200002&lng=pt&tlng=pt).

MARCOLINO, J. A. M.; et al. Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão: Estudo da validade de critério e da confiabilidade com pacientes no pré- operatório. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 57, n. 1, p. 52-62, 2007. doi: 10.1590/S0034-70942007000100006

MARQUES, Ana Karina Monte Cunha et al. Apoio social na experiência do familiar cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 945-955, 2011. doi: 10.1590/S1413-81232011000700026

MIYASHITA, Mitsunori et al. Care burden and depression in caregivers caring for patients with intractable neurological diseases at home in Japan. **Journal of the neurological sciences**, v. 276, n. 1-2, p. 148-152, 2009. doi: 10.1016/j.jns.2008.09.022

MOURA JUNIOR, Jose A. et al. Risco de suicídio em pacientes em hemodiálise: evolução e mortalidade em três anos. 2008. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 57, n. 1, p. 44-51. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a09.pdf>

NIFA, S.; RUDNICKI, T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, v. 13, n. 1, p. 64-75, 2010. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v13n1/v13n1a06.pdf>

OMS World Health Organization. **Depression**, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>.

RAMOS, I. C.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Cuidado em situação de doença renal crônica: representações sociais elaboradas por adolescentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 2, p. 193-200, 2008. doi: org/10.1590/S0034-71672008000200008

RIBEIRO, D. F.; MARQUES, S. K. L.; RIBEIRO, R. C. H. (2009). Processo de cuidar do idoso em diálise peritoneal ambulatorial contínua no domicílio. **Acta Paulista de Enfermagem**, n. 22, v. 6, p. 761-766. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n6/a06v22n6.pdf>

RIBEIRO, K. C. S.; COUTINHO, M. P. L.; NASCIMENTO, E. S. Representação social da depressão em uma Instituição de Ensino da Rede Pública. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 30, n. 3, p. 448-463, 2010. doi: 10.1590/S1414-98932010000300002

RUDNICKI, T. Doença renal crônica: vivência do paciente em tratamento de hemodiálise. **Contextos Clínicos**, v. 7, n. 1, p.105-116, 2014. doi: 10.4013/ctc.2014.71.10

- SAEED, Z., et al. Depression in patients on hemodialysis and their caregivers. **Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation**, v. 23, n. 5, p. 946-52, 2012. doi: 10.4103/1319-2442.100869
- SANSONI, J.; VELLONE, E.; PIRAS, G. Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. **International Journal of Nursing Practice**, v. 10, n. 2, p. 93-100, 2004. doi: 10.1111/j.1440-172X.2003.00461.x
- SCHUSTER, J. T.; FELDENS, V. P.; ISER, B. P. M.; GHISLANDI, G. M. Avaliação de sintomas depressivos em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à hemodiálise em Tubarão – Santa Catarina – Brasil. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, v. 59, n. 1, p. 15-19, 2015.
- SEZER, M. T., et al. Psychological Symptoms Are Greater in Caregivers of Patients on Hemodialysis Than Those of Peritoneal Dialysis. **Hemodialysis International**, v. 7, n. 4, p. 332–337, 2003. doi: 10.1046/j.1492-7535.2003.00058.x
- SMITH, M. D.; HONG, B. A.; ROBSON, A. M. Diagnosis of depression in patients with end stage renal disease. **The American Journal of Medicine**, v. 79, n. 2, p. 160-166, 1985.
- STASIAK, Camila Edith Stachera et al. Prevalência de ansiedade e depressão e suas comorbidades em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise e diálise peritoneal. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, v. 36, n. 3, p. 325-331, 2014. doi: 10.5935/0101-2800.20140047
- VIEIRA, C. P. B., et al. Práticas do cuidador informal do idoso no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 570-579, 2011. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a23.pdf>

16 Avaliação da Teoria da Mente em crianças com o Transtorno de Espectro Autista: Um estudo comparativo

Olívia Dayse Leite Ferreira;  
Idaiany Miquelly de Araújo Sousa;  
Jaqueline Gomes Cavalcanti

## Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é considerado um transtorno do neurodesenvolvimento, definido essencialmente por prejuízos persistentes na

comunicação social recíproca e na interação social com padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION - APA, 2014).

Em 1911 o termo “autismo” foi apresentado ao mundo pelo psiquiatra Eugen Bleuler. Essa denominação estava conectada, originalmente, a desordem psicótica da esquizofrenia, que representava mais especificamente, o relacionamento estreito das pessoas com o mundo exterior (SIQUEIRA ET AL, 2016). Posteriormente, em 1943, Leo Kanner, um psiquiatra austríaco naturalizado americano, publica suas primeiras descobertas acerca do TEA. Em um estudo intitulado "Autistic Disturbances of Affective Contact", Kanner descreveu um estudo feito com onze crianças, oito meninos e três meninas, as quais se diferenciavam por possuírem algumas características atípicas em relação à maioria das crianças (MARFINATI; ABRÃO, 2014).

A partir de Kanner o conceito de TEA, sucedeu de várias modificações com base em pesquisas científicas, as quais identificaram diferentes etiologias, graus de severidade e características específicas ou não usuais, deixando então de ser considerado um quadro único e passando a ser visto como uma síndrome (SCHMIDT; BOSA, 2003). Na quarta versão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) utilizou-se o termo Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD) para referir-se a um conjunto de síndromes caracterizadas por prejuízos nas habilidades sociais, de comunicação e manifestação de comportamentos interesses atípicos (PEREIRA, 2014). Reunidos a esse transtorno estavam o Transtorno Autista, a Síndrome de Rett, o Transtorno de Asperger, Transtorno Desintegrativo na Infância e o Transtorno Global do Desenvolvimento sem outra Especificação (APA, 2002).

Em razão da complexidade da síndrome, diversos casos não preenchiam os critérios para tal diagnóstico (MECCA ET AL., 2011). Dessa forma, a nova edição do DSM-V, lançada em 2013, trouxe algumas alterações importantes, na tentativa de contribuir para o diagnóstico. Nessa versão se estabelece uma visão dimensional, apontado como Transtorno do Espectro Autista, a qual passa a abarcar todos os graus de autismos na mesma classificação, acrescentando para o TEA os transtornos antes chamados de autismo infantil precoce, autismo infantil, autismo de Kanner, autismo de alto funcionamento, autismo atípico, transtorno global do desenvolvimento sem outra especificação, transtorno desintegrativo da infância e transtorno de Asperger (APA, 2014).

Quanto aos critérios diagnósticos do TEA encontram-se comportamentos particulares que na maioria das vezes são difíceis de serem interpretados, previstos ou controlados (CORDEIRO, 2007). O diagnóstico do TEA possui caráter clínico, construído através de uma equipe multidisciplinar, que envolve psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, neuropsiquiatras, neurologistas, entre outros profissionais, levando em conta as primeiras identificações que geralmente são feitas a partir dos pais que acompanham o desenvolvimento comportamental da criança (PEREIRA, ET AL, 2017).

Os sintomas clínicos ocorrem precocemente, evidências mostram que grande parte dos casos surge antes dos dois anos de idade (OLIVEIRA, 2009). Nessa perspectiva Canut et al (2014) salientam que é de grande importância o diagnóstico precoce, a partir do mesmo a criança poderá ter melhores resultados no que diz respeito ao seu desenvolvimento Segundo Fernandes (2016) o número de diagnósticos de crianças com TEA vem aumentando devido a uma maior divulgação das características que compreendem essa síndrome.

A incidência de casos a nível mundial tem mostrado que a cada oitenta e oito viventes, um apresenta o TEA, atingindo mais o sexo masculino (GOMES ET AL, 2015). No Brasil, ainda é escasso o número de pesquisa sobre o assunto, em 2010 dados apresentaram aproximadamente 500 mil pessoas com TEA (GOMES ET AL, 2015). Lima et al (2011) ressalta que os indicadores tem mostrado que o TEA é caracterizado como tendo uma série de alterações neurobiológicas, comportamentais, cognitivas e sociais. Sobre a questão neuropsicológica relacionada ao autismo, existem algumas explicações a exemplo das ideias pregadas pela Teoria de Mente (TOM).

Uma referência importante no desenvolvimento cognitivo é a aquisição da TOM, ou seja, a habilidade para explicar e prever o comportamento humano através de fenômenos mentais como: intenções, crenças e emoções (SOUZA, 2006). Assim, com essa habilidade o indivíduo é capaz de compreender o outro, o que permite o desenvolvimento da intersubjetividade. Quando a criança compreende o estado mental do outro, ela passa a entender seu próprio estado mental, o que favorece o controle de si mesma, e também permite o domínio de situações emocionais socialmente inadequadas. Do mesmo modo, quando a mesma entende que o mundo social diz respeito a normas sociais, as convicções de outras pessoas, bem como vivencias passadas, ela tenta prever o comportamento, e, portanto, desenvolve uma teoria da mente.

Por meio da TOM, o ser humano consegue negociar, enganar, ensinar, demonstrar, reconhecer emoções complexas e manipular pensamentos permitindo uma

previsão comportamental, baseada no mecanismo de inferência (MARANHÃO, 2014). Em relação ao TEA, alguns estudos sugerem que as crianças apresentam falhas ou atrasos no desenvolvimento da competência de reconhecer os pensamentos dos outros (BRAGA, 2010). Seguindo essa linha teórica sobre o TEA, incorpora-se o fenômeno dos neurônios espelhos, que estão relacionados com diversas particularidades do comportamento do homem, como por exemplo, a TOM, a aquisição de novas aptidões, imitações e a compreensão das intenções dos outros seres humanos (LAMEIRA ET AL, 2006).

Assim a TOM, bem como o sistema de neurônios espelhos, seriam encarregados por diversas funções, como: pela leitura que o indivíduo faz da mente dos outros, brincadeiras de faz de conta, mímicas, operações mentais, jogo simbólico e convenções sociais que regulamentam a vida em sociedade (GIACONI; RODRIGUES, 2014). Ações essas que, geralmente, se encontram alteradas em indivíduos com o TEA. Embora exista a concepção mais ampla de TOM, a avaliação desta habilidade tem se centrado principalmente na investigação da capacidade de atribuição da crença falsa (ARAÚJO, 2012). É através desta concepção, por exemplo, que se pode compreender que alguém pode ter crenças falsas, que pode ser enganado, que pode ter pensamentos e ideias diferentes das outras pessoas (SOUZA, 2006).

O próprio DSM-V (2014) aponta que as características do TEA podem estar associadas a dificuldades na TOM, como, por exemplo, os déficits na reciprocidade socioemocional (i.e., capacidade de envolvimento com outros e compartilhamento de ideias e sentimentos), os quais estão claramente evidentes em crianças pequenas com o TEA, que podem apresentar pequena ou nenhuma capacidade de iniciar interações sociais e de compartilhar emoções, além de imitação reduzida ou ausente do comportamento de outros (APA, 2014).

Às dificuldades de atribuição de estados mentais das crianças com TEA são apontadas em diversas pesquisas nacionais como as de Barros (2008); Fernandes e Mendes (2002); Gallo-Penna (2011); Velloso (2011).

Assim, torna-se cada vez mais necessário estudos que venham contribuir com o aumento do conhecimento sobre o referido tema, visto que o número de pesquisas atuais sobre esse tema ainda é escasso e por se tratar de um transtorno tão complexo e enigmático é de grande relevância a investigação. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo comparar o desempenho de crianças com TEA e de crianças neurotípicas

na TOM, visando compreender como essas características neuropsicológicas se estabelecem no neurodesenvolvimento.

## **Método**

### *Participantes*

A pesquisa foi realizada no Instituto Educacional Compacto, uma instituição educacional de ensino infantil, fundamental e médio da rede privada, no CER II (Centro Especializado de Reabilitação) e na ASPAA (Associação de Pais e Amigos dos Autistas de Patos e Região), localizados em Piancó e Patos, ambas no interior da Paraíba. Assim, participaram desta pesquisa 25 crianças, sendo 09 crianças com TEA (grupo experimental - GE) e 16 crianças sem TEA (grupo controle - GC), com idades de 06 a 12 anos.

Foram estabelecidos alguns critérios para participação do estudo, para o GE crianças que verbalizassem, atendidas pelo CER e ASPAA, com graus de TEA leve e moderado. Para o GC, crianças que estivessem devidamente matriculadas na rede de ensino, que apresentassem boa verbalização, sem patologias neurológicas identificáveis. Sendo assim, foram excluídos da pesquisa no GE, aqueles que não possuíam verbalização e que não possuíam vínculo de atendimento no CER e na ASPAA, como também indivíduos com TEA de alto grau de funcionamento. Para o GC foram excluídas da pesquisa, crianças que não tinha verbalização, crianças que não estivessem matriculados regularmente, com idade menor de 06 anos e maior de 12 anos, além de indivíduos que não obtiveram autorização legal do responsável para participar do estudo.

### *Instrumentos*

Foram utilizados na coleta de dados dois tipos de instrumentos: A Escala de Checklist Autismo (CA) para os pais e a Escala de Tarefas da Teoria da Mente, e um questionário sócio demográfico para os pais, composto de itens como, idade, sexo, religião, ocupação, classe socioeconômica, histórico escolar e condições de saúde.

A Checklist de Autismo foi construída por Glynis Hannell, com o objetivo de caracterizar de forma mais aprofundada os indivíduos com TEA, obtendo um perfil mais completo de cada criança. A CA avalia as dificuldades, comportamentos e habilidades do indivíduo com autismo, abrangendo 56 itens subdivididos em 7 domínios, nomeadamente dificuldades na comunicação não-verbal (9 itens);

dificuldades na empatia social e emocional (17 itens); dificuldade em compreender o comportamento social adequado (3 itens); dificuldades na comunicação (12 itens); maneirismos físicos não usuais (7 itens); interesses inflexíveis e adesão a rotinas (6 itens); e ilhas de memória ou habilidades excepcionais (2 itens). A cotação foi realizada com base numa escala de classificação de quatro níveis de dificuldade, representada numericamente de 0 a 3 em que “0” significa de modo nenhum, não se aplica; “1” corresponde a ligeiro, por vezes observado, aplica-se em certa medida; “2” corresponde a moderado, muitas vezes observado, aplica-se certamente; e “3” equivale a severo, frequentemente observado, aplica-se fortemente.

Escala de Tarefas de Teoria da Mente, elaborada originalmente em língua inglesa por Wellman e Liu em 2004, traduzida para o português por Domingues et al (2007). Foram aplicadas nesse estudo as sete tarefas da escala em uma única seção. As sete tarefas são pontuadas da mesma forma, zero (quando há erro) e um (quando há acerto). A soma das sete questões da escala tem uma variação de se zero até sete pontos. As respostas dadas nas questões alvos e controles foram registrados para analisar o vocabulário, a informação usada para responder à tarefa e verificar a coerência dada à questão.

### *Procedimentos*

Após a aprovação do comitê de ética (protocolo CAAE n° 80738917.0.0000.5181) iniciou-se a pesquisa. Para o GE, foi apresentado aos pais ou responsáveis o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o Checklist Autismo e o questionário sócio demográfico. Para o GC foi apresentado aos pais ou responsáveis o TCLE, e o questionário sócio demográfico. Esclarecendo para ambos os responsáveis o caráter anônimo e voluntário da pesquisa. Foi informado também que em qualquer momento eles poderiam desistir e retirar seu consentimento.

Em seguida foram apresentadas as crianças participantes da pesquisa, o termo de assentimento com linguagem clara e acessível para as mesmas, deixando claro para as crianças o caráter voluntário e anônimo, assim como também a total liberdade de desistir e retirar seu consentimento. Logo após, foi aplicado a Escala de Tarefas da Teoria da Mente para as crianças dos dois grupos, que durava em média 20 minutos.

### *Análise dos dados*

Os dados referentes ao questionário sócio demográfico e a Escala da Teoria da Mente foram analisados a partir do Pacote Estatístico para as Ciências Sociais (SPSS) para Windows – versão 21. De início os dados foram submetidos a uma análise descritiva para se ter conhecimento das médias, dos desvios padrões e das pontuações de todas as variáveis. Foi também utilizado para comparar as médias entres os grupos o teste não-paramétrico U de Mann-Whitney.

## **Resultados**

No intuito de propiciar a compreensão do leitor os resultados estão subdivididos em duas partes principais. Neste sentido, primeiramente são descritos aqueles referentes aos dados sociodemográficos da amostra, em seguida a comparação entre o desempenho na TOM para o GE e GC.

No que se refere aos dados sociodemográficos do GE pode-se identificar que oito crianças apresentavam o diagnóstico de TEA leve e apenas uma o nível moderado com tempo médio de diagnóstico de três anos. O grupo com TEA encontrava-se acompanhado por profissionais da saúde que compunha uma equipe multidisciplinar (psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo, neurologista, psiquiatra) e cinco das nove crianças avaliadas faziam uso de medicação.

A Checklist Autismo (Tabela 1) foi utilizada para avaliar os sintomas exibidos pelas crianças com TEA, pois além do diagnóstico clínico é importante trazer esses dados, os quais foram respondidos pelas mães das crianças, a partir dos comportamentos das mesmas. Nesse caso, pode-se observar que as mães relataram mais sintomas relacionados as categoria 1 (Dificuldades na comunicação não-verbal), 6 (Interesses inflexíveis e adesão a rotinas) e 7 ("Ilhas" de memória ou habilidades excepcionais).

*Tabela 1: Pontuação média do Checklist Autismo nas crianças com TEA*

<b>CHECKLIST AUTISMO</b>	<b>Média de respostas</b>
<b>Categoria 1:</b> Dificuldades na comunicação não-verbal	2

<b>Categoria 2:</b> Dificuldades na empatia social e emocional	1
<b>Categoria 3:</b> Dificuldade em compreender o comportamento social adequado	1
<b>Categoria 4:</b> Dificuldades na Comunicação	1
<b>Categoria 5:</b> Maneirismos físicos não usuais	1
<b>Categoria 6:</b> Interesses inflexíveis e adesão a rotinas	2
<b>Categoria 7:</b> "Ilhas" de memória ou habilidades excepcionais	2

Os dados sociodemográficos referentes à comparação entre o GC e GE encontram-se na Tabela 2. No GE, a idade dos respondentes teve como média 33 anos (DP = 5,70), e a idade das crianças nove anos (DP = 1,45), sendo a maioria do sexo masculino (5). Com relação ao tipo de escola, a porcentagem maior foi na rede privada (55,6%), com o 3<sup>a</sup> ano sendo o mais frequentado pelas crianças (3). Na classe socioeconômica percebeu-se uma predominância de classe média baixa (4). Já no GC, a média de idade das mães foi de 37 anos (DP = 7,34) e das crianças foi de 10 anos (DP = 1,95), com porcentagem igual para ambos os sexos (50%). Todas as crianças pertenciam à rede privada de ensino, cursando em sua maioria o 3<sup>a</sup>, o 6<sup>a</sup> e 7<sup>a</sup> ano. No que se refere à classe socioeconômica a porcentagem maior foi para classe média com 87,5%, no total de 14 crianças.

Tabela 2: Características sócio-demográficas dos participantes GE e GC.

Variáveis	GE	GC
-----------	----	----

	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Idade</b>	9,11	1,45	9,69	1,95
<b>Idade do respondente</b>	33,33	5,70	37,00	7,34
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>				
<i>Feminino</i>	4	44,4	8	50
<i>Masculino</i>	5	55,5	8	50
<b>Tipo de escola</b>				
<i>Pública</i>	4	44,4	0	0
<i>Privada</i>	5	55,6	16	100
<b>Escolaridade</b>				
<i>1ª ano</i>	1	11,1	1	6,3
<i>2ª ano</i>	2	22,2	2	12,5
<i>3ª ano</i>	3	33,3	2	12,5
<i>4ª ano</i>	2	22,2	3	18,8
<i>5ª ano</i>	1	11,1	2	12,5
<i>6ª ano</i>	0		3	18,8
<i>7ª ano</i>	0		3	18,8
<b>Classe socioeconômica</b>				
<i>Baixa</i>	4	44,4	0	0
<i>Média</i>	3	33,3	14	87,5
<i>Alta</i>	2	22,2	2	12,5

Utilizou-se o teste Mann-Whitney para comparar o desempenho na TOM entre o GE e o GC. Pode-se observar que houve uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que se refere aos dados gerais da TOM ( $U = 9,50$ ,  $p < 0,05$ ). Analisando as médias dos grupos percebe-se que o GE exibiu uma média inferior ( $M = 3,78$ ,  $DP = 1,56$ ), quando comparado ao GC ( $M = 6,19$ ,  $DP = 0,75$ ), principalmente, na execução das tarefas 4 (crença falsa de conteúdo), 6 (crença e emoção) e 7 (emoção real aparente). Ou seja, o grupo com TEA exibiu maiores dificuldades nas tarefas que envolviam a identificação de comportamentos emocionais.

## **Discussão**

O presente estudo teve como objetivo comparar o desempenho de crianças com TEA com o de crianças neurotípicas acerca da TOM. Os resultados apresentados, anteriormente, vêm demonstrar que ambos os grupos se apresentaram diferentes, comprovando, assim, as hipóteses estabelecidas de que os indivíduos com TEA possuem dificuldades no desenvolvimento da TOM.

Os achados sociodemográficos das crianças com TEA mostram que as mesmas, em sua maioria foram diagnosticadas em idade adequada e que fazem acompanhamento com profissionais diversos. Segundo Schwartzman; Araújo (2011) apud Ferraro (2016) o diagnóstico precoce e o tratamento especializado podem ser significantes na redução dos sintomas presentes no TEA. Durante a coleta de dados muitas mães relataram que seus filhos começaram o atendimento especializado logo após a descoberta do diagnóstico, elencando que os mesmos obtiveram melhoras significativas quanto ao desenvolvimento, após o tratamento.

Nesse estudo todas as crianças com TEA estavam matriculados regularmente na rede de ensino, isso sinaliza a mudança de padrões com a inclusão de crianças com TEA no colegial. Assim também Pimental e Fernandes (2014) traz na sua pesquisa que, grande parte dos indivíduos com TEA que participaram da sua amostra estavam matriculados na escola convencional, trazendo uma ressalva de que esse transtorno que pode provocar isolamento constante da criança, o que dificulta a inserção no ambiente escolar.

O TEA de grau leve geralmente apresenta como características, boa habilidade linguística, déficit de comunicação, principalmente na interação social da linguagem, e na capacidade de transmissão e compressão do significado (RODRIGUES, 2012). No entanto, essas implicações não devem restringir a inserção da criança no âmbito escolar. Nesse sentido, a inclusão de crianças com TEA, não é tarefa apenas dos profissionais da educação, essa tarefa é tripartite, ou seja, tanto a escola quanto os familiares e a sociedade em geral devem atuar na promoção da inclusão dessas crianças. (ARRUDA; ALMEIDA, 2014).

Ao avaliar a TOM podem-se compreender as representações mentais para cada indivíduo, no que diz respeito à atenção, desejos, intenções e crenças. Os resultados encontrados mostram que as crianças com TEA obtiveram desempenho inferior às outras crianças neurotípicas, isso pode acontecer devido ao déficit no desenvolvimento da TOM. Tal achado vem corroborar com o estudo de Lampreia (2004) que faz essa comprovação elencando que crianças com TEA não desenvolvem habilidade de apreender o estado mental dos outros e de si mesmo, devido ao prejuízo no mecanismo cognitivo inato.

De acordo com Assumpção Jr (2009) o TEA é caracterizado por um déficit social, apreensível pela inabilidade em se relacionar com o outro, geralmente, combinado com déficits de linguagem e distúrbios motores. Martins (2009) argumenta

que o déficit na TOM acarreta prejuízos na construção de representações e metas, alterando o comportamento social e o modo como os indivíduos atribuem significados aos objetos. Para Alves, Dias, Sobral (2007) as situações sociais estabelecem um conjunto de práticas que permitem o uso de certas habilidades para posicionar a criança numa relação onde ela é capaz de considerar que o outro pode pensar, imaginar, sentir e entender. Assim, as dificuldades nas interações sociais presentes no TEA podem estar associadas ao desenvolvimento deficitário na TOM (KLIM, 2006).

Segundo Souza (2006) um dos sinais de que uma criança possui a TOM é a compreensão de que outras pessoas podem ter uma crença falsa, ou seja, de que alguém pode ter um pensamento ou uma crença que não condiz com o real. Na atividade 4 da escala da TOM, a qual avalia a crença falsa de conteúdo percebeu-se que as crianças com TEA obtiveram uma das menores pontuações, comparadas ao GC, nessa tarefa a criança tem acesso ao conteúdo que está dentro da caixa, e deve julgar a crença falsa de outra pessoa, sobre o objeto, como por exemplo: “Aqui está uma caixa de Band-Aid, o que você acha que tem dentro dessa caixinha?” É mostrado a criança que dentro da caixa de Band-Aid tem giz de cera. No mesmo instante o objeto é guardado e se pergunta o que há dentro da caixa. Todas as crianças do GE responderam giz de cera. Após a resposta da criança, se é apresentado um boneco: “Esse é Pedrinho, o Pedrinho não olhou dentro dessa caixa de Band-Aid. Ele nunca viu o que tem aqui dentro, agora aqui vem ele. Então o que Pedrinho pensa que tem dentro da caixa, Band-Aid ou giz de cera? A maioria das crianças com TEA não acertaram a pergunta, respondendo que dentro da caixa tinha giz de cera. Dessa maneira, não conseguiram identificar que a sua crença pode ser diferente da crença do personagem, isso se deve ao fato de não compreenderem que o personagem da tarefa teria uma representação falsa sobre o conteúdo apresentado.

Considerando a importância do contexto social, outro ponto que merece destaque é o reconhecimento das emoções. Segundo Pelphrey et al. (2007) o julgamento de expressões emocionais é indispensável para o bom desempenho das relações sociais, bem como também na troca de informações entre os interlocutores. De acordo com Mota (2012), indivíduos com TEA têm dificuldades em reconhecer as emoções, bem como de interagir com os outros de forma empática, o que acaba por prejudicar todo o contato relacional do indivíduo (BROCK; JIMERSON; HANSEN, 2006).

As tarefas 6 e 7 da teoria da mente utilizadas nesse trabalho, demonstram tais aspectos, o GE obteve a menor pontuação na tarefa 6, que avalia a crença e emoção do

outro em situação de engano, demonstrando que as crianças com TEA tiveram dificuldades em reconhecer emoções. Portanto, a TOM tem diversas implicações no desenvolvimento do ser humano, podendo estar relacionada com as diversas características presentes no TEA.

Um fato importante que merece ser levantado em consideração é a aquisição de habilidades excepcionais, a literatura mostra que 10% de indivíduos com o transtorno apresentam ilhas de habilidades (SCHMIDT, 2012). Isso significa que podem apresentar ótimo desempenho em campos específicos, com uma memória extraordinária em campos específicos, habilidade precoce com músicas, dons artísticos com desenhos detalhados, habilidades por computadores, máquinas (PEREIRA, 2014).

Segundo o relato da psicóloga que acompanha essas crianças uma delas possui habilidade matemática, no entanto tem dificuldades na leitura. Outro ponto que deve ser considerado nesta pesquisa é fato das crianças com TEA serem constantemente acompanhadas por vários profissionais da saúde, o que segundo o relato de algumas mães vêm contribuindo para o seu desenvolvimento.

Apesar de todas as descobertas, algumas limitações foram marcantes na análise deste trabalho. Vale ressaltar algumas dificuldades de encontrar participantes com os critérios descritos no método do estudo, visto que essa população não é tão acessível, bem como também a escassez de instrumentos neuropsicológicos sensíveis e com evidências de validade para a população com TEA.

A investigação sobre o TEA é de grande relevância, em virtude de implicações causadas ao longo da vida de pessoas que possuem o transtorno, levando em conta as três áreas afetadas: a interação social, a comunicação e o comportamento. Por não conhecermos a causa da sua origem, tratar desse transtorno se torna complexo. Entende-se, que seria de grande relevância a elaboração de novos estudos empíricos relacionando a TOM no TEA, bem como seria interessante outras pesquisas que pudessem verificar esses dois construtos em crianças menores de seis anos.

### **Considerações finais**

O TEA vem sendo considerado um transtorno com demanda importante para saúde pública, pois interfere no desenvolvimento neuronal, com prejuízo de funções cognitivas e alterações comportamentais, sendo fundamental o desenvolvimento de pesquisas, que demonstrem a real eficácia dos diagnósticos e tratamentos utilizados (FREITAS AL AT, 2016). Em face do exposto, podemos dizer que a TOM é um dos

componentes importantes para o processo de socialização e encontra-se alterado em crianças com TEA.

Tendo em vista que esses achados foram de consonância aos apresentados pela literatura percebe-se que os aspectos de desenvolvimento da TOM em crianças com TEA precisam ser envolvidos e articulados com os processos de cognição social. A qual envolve habilidades de dividir experiência, compartilhar a atenção, compreender o que o outro está sentindo e reconhecer expressões faciais.

Se analisarmos as características clínicas do TEA, destaca-se, sobretudo uma heterogeneidade de características individuais. Desse modo, compreender os aspectos neuropsicológicos no TEA é de suma importância na colaboração e no aprofundamento de futuros pesquisadores para o enriquecimento do tema, dando subsídios para delineamento de estratégias de intervenção, desenvolvimento de habilidades e melhores condições de vida nos diversos contextos da criança.

### **Questões para refletir**

1. O TEA é considerado uma síndrome do neurodesenvolvimento, definido por prejuízos na comunicação social recíproca e na interação social com padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades;
2. A incidência de casos a nível mundial tem mostrado que a cada oitenta e oito viventes, um apresenta o TEA, atingindo mais o sexo masculino;
3. Por meio da Teoria da Mente (TOM) o ser humano consegue negociar, enganar, ensinar, demonstrar e reconhecer pensamentos que permitem uma previsão do comportamento do outro;
4. Alguns estudos sugerem que as crianças com TEA apresentam falhas ou atrasos no desenvolvimento da competência que permitem a TOM;
5. Na Checklist Autismo as mães relataram mais sintomas relacionados às Dificuldades na comunicação não-verbal, aos Interesses inflexíveis e adesão a rotinas e as "Ilhas" de memória ou habilidades excepcionais;
6. O grupo com TEA exibiu maiores dificuldades nas tarefas que envolviam a identificação de comportamentos emocionais;
7. As dificuldades nas interações sociais presentes no TEA podem estar associadas ao desenvolvimento deficitário na TOM;

8. Compreender os aspectos neuropsicológicos no TEA se faz importante para o enriquecimento do tema, dando subsídios para o delineamento de estratégias de intervenção.

### **Referências**

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais-DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- ALVES, A. C. S., DIAS, M. G. B. B., SOBRAL, A. B. C. **A relação entre a brincadeira de faz-de conta e o desenvolvimento de habilidades na aquisição de uma teoria da mente**. *Psicologia em Estudo*, 12(2), 325-334, 2007.
- ARAUJO, G. B. D. **A importância da interação mãe-criança no desenvolvimento do discurso narrativo e da teoria da mente**. Tese (Doutorado em Programa de Pós-Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2012.
- ARRUDA, M. A., ALMEIDA, M. D. **Cartilha da Inclusão Escolar: Inclusão Baseada em Evidências Científicas**. *Comunidade Aprender Criança*, 36, 2014.
- ASSUMPTÃO JR, F. B. **Aspectos psiquiátricos da criança escolar**. *Revista Psicopedagogia*, 26(81), 441-457, 2009.
- BARROS, P. **Avaliação da empatia em crianças e adolescentes com síndrome de Asperger**. *Dissertação de Mestrado em Psicologia Social*. Rio de Janeiro, RJ: Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ, 2008. Recuperado de: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp079527.pdf>
- BROCK, S., JIMERSON, S., HANSEN, R. **Identifying, assessing, and treating autism at school**. [s.l.]: New York: Springer, 2006.
- CANUT, A. C. A., ET AL. **Diagnostico Precoce do Autismo**. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 3(1), 2014.
- CORDEIRO, A. M. **Autismo: um desafio de intervenção psicoterapêutica no âmbito familiar e social**. Monografia (Graduação em Psicologia), Universidade Candido Mendes. Niteroi, 2007.
- DOMINGUES, S. F. S.; VALÉRIO, A.; PANCIERA, S. P.; MALUF, M. R. T. **Tarefas de crença falsa na avaliação de atribuição de estados mentais de crença**. In. P. W. Scheleni (Orgs). *Alguns domínios da avaliação psicológica* (pp. 141-162). Campinas, SP: Alínea, 2007.
- FERNANDES, A. A. S. **Autismo-Ensinar aprendendo e aprender ensinando**. São

Paulo. Clube de Autores, 2016.

FERNANDES, F. D. M., MENDES, E. R. R. **Teoria da mente: uma comparação entre autistas, portadoras da síndrome de Asperger e crianças normais.** Temas sobre desenvolvimento, 11(61), 25-29, 2002.

FERRARO, L. I. G. **Perfil funcional da comunicação e desempenho sócio-cognitivo em crianças com diferentes apresentações de autismo.** Dissertação de mestrado. Escola baiana de medicina e saúde pública, Salvador, 2016.

FREITAS, P. M.; NISHIYAMA, P. B.; RIBEIRO, D. O.; FREITAS, L. M. **Deficiência intelectual e o transtorno do espectro autista: fatores genéticos e neurocognitivos.** Pedagogia em Ação, 8(2), 2016.

GALLO-PENNA, E.C. **Teoria da mente e autismo: influência da linguagem parental explicativa de estados mentais sobre o desenvolvimento da compreensão social.** Tese não publicada (Doutorado em Psicologia da Educação). São Paulo, SP: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC, 2011.

GIACONI, C., RODRIGUES, M. **Organização do Espaço e do Tempo na Inclusão de Sujeitos com Autismo.** Educação & Realidade, 39 (3), 687-705, 2014.

GOMES, P., LIMA, L. H., BUENO, M. K., ARAÚJO, L. A., & SOUZA, N. M. **Autism in Brazil: a systematic review of family challenges and coping strategies.** Jornal de pediatria, 91(2), 111-121, 2015.

KLIN, A. **Autismo e síndrome de Asperger: uma visão geral Autism and Asperger syndrome: an overview.** Rev Bras Psiquiatr, 28(Supl I), S3-11, 2006.

LAMEIRA, A. P., DE GONZAGA GAWRYSZEWSKI, L., PEREIRA JR, A. **Neurônios espelho.** Psicologia UsP, 17(4), 123-133, 2006.

LAMPREIA, C. **Os enfoques cognitivista e desenvolvimentista no autismo: uma análise preliminar.** Psicologia: reflexão e crítica, 17(1), 111-120, 2004.

LIMA V, R., VINIC, A. A., DUARTE, C. P., DANTINO, M. E. F., BRUNONI, D., SCHWARTZMAN, J. S. **Protocolo de Avaliação Diagnóstica Multidisciplinar da Equipe de Transtornos Globais do Desenvolvimento Vinculado a Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento.** Cadernos de Pósgraduação em Distúrbios do Desenvolvimento, 11(1), 9-22, 2011.

MARANHÃO, S. S. D. A. **Caracterização de aspectos da cognição social, habilidades sociais e funções executivas de crianças diagnosticadas com transtorno autista e transtorno de asperger.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.

- MARFINATI, A. C., ABRÃO, J. L. F. **Um percurso pela psiquiatria infantil: dos antecedentes históricos à origem do conceito de autismo.** Estilos da Clínica, 19(2), 244-262, 2014.
- MECCA, T. P., ET AL. **Rastreamento de sinais e sintomas de transtornos do espectro do autismo em irmãos.** Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul, 33(2), 116-120, 2011.
- OLIVEIRA, G. **Autismo: diagnóstico e orientação.** Parte I-Vigilância, rastreo e orientação nos cuidados primários de saúde. Acta Pediátrica Port, 40(6), 278-87, 2009.
- PELPHREY, K. A., MORRIS, J. P., MCCARTHY, G., LABAR, K. S. **Perception of dynamic changes in facial affect and identity in autism. Social cognitive and affective neuroscience,** 2(2), 140-149, 2007.
- PEREIRA, D. M. **Análise dos efeitos de um plano educacional individualizado no desenvolvimento acadêmico e funcional de um aluno com transtorno do espectro do autismo.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.
- PEREIRA, A.C.S., BARBOSA, M. O., SILVA, G.G., ORLANDO, R. M. **Transtorno do Espectro Autista (TEA): definição, características e atendimento educacional.** Educação, Batatais, v. 5, n. 2, p. 191-212, 2017.
- PIMENTEL, A. G. L., & FERNANDES, F. D. M. **A perspectiva de professores quanto ao trabalho com crianças com autismo.** Audiology-Communication Research, 19(2), 171- 178, 2014.
- RODRIGUES, M. D. C. A. **As atitudes dos professores do 1º, 2º e 3º ciclos do ensino básico face à inclusão de alunos com a síndrome de Asperger no ensino regular.** Revista de Atualização Científica, 21(1), 63-68, 2009.
- SCHMIDT, C., BOSA, C. **A investigação do impacto do autismo na família: revisão crítica da literatura e proposta de um novo modelo.** Interação em Psicologia, 7(2), 2003.
- SIQUEIRA, C. C., FERREIRA, E. O., BITTENCOURT, R. G., CAVALHEIRO, F. R., DE ABREU SILVEIRA, J. A., SANTOS, M. F. R. **O Cérebro Autista: A Biologia Da Mente E Sua Implicação No Comprometimento.** Revista Transformar, 8(8), 221-237, 2016.
- SOUZA, D. H. **Falando sobre a Mente: Algumas Considerações sobre a Relação entre Linguagem e Teoria da Mente.** Psicologia: Reflexão e Crítica, 19 (3), 387-394, 2006.

VELLOSO, R. L. **Avaliação de linguagem e de teoria da mente nos transtornos do espectro do autismo com aplicação do teste Strange Stories traduzido e adaptado para a língua portuguesa.** Tese de Doutorado em Distúrbios do Desenvolvimento. 114fls. São Paulo, SP: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2011.

## **17 Habilidades sociais em idosos: um estudo comparativo**

Luciene Costa Araújo Moraes; Eliza Maria Silva Moreira; Brenno Arley Rodrigues de Souza

### **Introdução**

O desenvolvimento humano acontece durante toda a vida, acompanhado de mudanças físicas e cognitivas que ocorrem constantemente. Assim, enquanto vivemos, estamos nos desenvolvendo e envelhecendo, sendo o desenvolvimento percorrido por diversas fases, no qual a terceira idade seria a mais avançada delas. Durante muito tempo vários cientistas focaram seus estudos nas primeiras fases do desenvolvimento humano, como exemplo podemos citar Freud, Skinner, Piaget e Vygotsky que buscaram descrever o processo do desenvolvimento como forma de entender e prever o comportamento do indivíduo voltando suas postulações para a infância (ALMEIDA; CUNHA, 2003).

O foco dos estudos do desenvolvimento humano vem sendo deslocado para as fases mais avançadas, tendo em vista o crescimento exponencial da população idosa no Brasil e no mundo. O crescimento sociodemográfico dessa faixa etária deve-se ao aumento da expectativa de vida e a diminuição na taxa de fertilidade (OMS, 2015). O Brasil vem se destacando no envelhecimento da sua população, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa, atualmente, representa cerca de 12,94%, para 2030 a perspectiva é que esse número aumente para 18,62% da população (IBGE, 2018).

O perfil do idoso também vem passando por mudanças ao longo dos anos, ao assumir um papel mais ativo na sociedade. Por exemplo, uma pessoa com 65 anos, nos anos 70 não praticava as mesmas atividades que uma pessoa desta idade, nos dias atuais. Hoje, os indivíduos que fazem parte da terceira idade podem ser encontrados facilmente praticando atividades físicas, em clubes, exercendo algum tipo de trabalho

autônomo e participando de grupos voltados para um envelhecimento ativo (OMS, 2015).

Cada vez mais vem se tornando comum encontrar adultos com mais de 80 anos com um discurso orientado, com o pleno funcionamento de suas funções cognitivas e que praticam atividades físicas regularmente, de modo que apresentem capacidades físicas e mentais que podem ser comparadas a jovens de 20 anos. No entanto, estes dados acerca da terceira idade contemporânea não devem ser utilizados como argumento, para que se enfraqueça o investimento nas políticas públicas direcionadas a este público. Pelo contrário, diante do crescimento dessa população, tornam-se mais urgentes ações voltadas a esse grupo etário (OMS, 2015).

Segundo a (OMS, 2005), o envelhecimento ativo “é o processo de otimização de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida na medida em que as pessoas ficam mais velhas” (pág. 13). Levando em consideração essa definição, devemos retomar o conceito de saúde a partir do modelo biopsicossocial, para se trabalhar melhor a qualidade de vida dos indivíduos. O modelo de saúde biomédico é inspirado na visão mecanicista do homem, com um olhar predominantemente biológico e com explicação unicausal da doença. Teve sua origem no século XIX, enxergando o homem como uma máquina e sua saúde como pleno funcionamento desta, caso houvesse alguma doença, seria reparado o dano para que a máquina voltasse a funcionar (CUTOLO, 2006).

Contraopondo-se a este paradigma surgiu o modelo biopsicossocial, afirmando que a doença não pode ser vista com uma explicação unicausal, ou o ser humano ser observado de forma mecânica. O modelo biopsicossocial enxerga o indivíduo de forma sistêmica, considerando não apenas o biológico, mas as esferas psíquicas e sociais, buscando compreender as influências das emoções e das relações sociais no bem-estar do sujeito (PEREIRA; BARROS; AUGUSTO, 2011).

A compreensão sobre saúde/doença de acordo com esta visão é processual, um contínuo que considera a qualidade de vida e a importância dos fatores sociais na promoção desta. O olhar para a saúde do idoso, de acordo com a perspectiva deste modelo envolve promover, prevenir e intervir também no ambiente e relações sociais em que os idosos estão inseridos.

As relações sociais em que o indivíduo estabelece influenciam diretamente na sua qualidade de vida. Como parte fundamental no processo das relações sociais, estão as habilidades sociais. De acordo com Carneiro e Falcone (2003), na terceira

idade é necessário o desenvolvimento de algumas habilidades sociais específicas como estabelecer e manter contato social e lidar com comportamentos sociais relacionados ao preconceito contra a velhice. Assim, construir junto aos idosos, habilidades sociais mais assertivas promoverá um envelhecimento mais ativo e bem-sucedido, trabalhando com a esfera biopsicossocial desses indivíduos. A discussão de tais dados direciona o problema de pesquisa sobre, quais as principais habilidades sociais de idosos que participam de um grupo de convivência.

Pretendeu-se com esse estudo, comparar as habilidades sociais em idosos que frequentam grupos de convivência e dos idosos que não frequentam, considerando que as habilidades sociais são comportamentos aprendidos e que o treinamento dessas habilidades consiste no processo de aperfeiçoá-las e treiná-las, principalmente usando como instrumento os grupos de convivência. Assim, é possível supor que tal fato venha a promover uma satisfação de vida nos idosos, uma vez que, em diversas situações, essas habilidades são prejudicadas pelo fato dos idosos não as vivenciarem em sua totalidade.

## **DESENVOLVIMENTO**

### **Terceira Idade em Ascensão**

A partir do momento em que a presença da população idosa se torna mais perceptível na sociedade, não só pelo crescimento numérico, como também pela melhoria relacionada ao nível de vida de parte desse grupo populacional, passa-se a demandar mais serviços especializados por parte de todas as instituições. Ao passo que se a velhice for bem-sucedida, toda a sociedade se beneficia. Nesse contexto de velhice bem-sucedida, um dos aspectos que emergem é a qualidade de vida, que se relaciona à autoestima e ao bem-estar pessoal, englobando uma ampla gama de aspectos, tais como: capacidade funcional, nível socioeconômico, estado emocional, interação social, atividade intelectual, autocuidado, suporte familiar, estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosidade abrangendo ainda, estilo de vida, satisfação do emprego e/ou com as atividades da vida diária e com o ambiente em que se vive (VECCHIA et al, 2005).

O bem-estar do idoso também perpassa por um olhar subjetivo, de acordo com Neri (2008), eventos subjetivos proporcionam um maior bem-estar quando comparados a situações objetivas. Qualidade de vida no idoso está mais interligada

com os aspectos sociais e psíquicos, comprovando a importância de interações sociais adaptativas, principalmente nessa faixa etária. A interação social é um elemento básico para a sobrevivência de qualquer ser humano. A existência está intrinsecamente ligada às relações sociais em que o indivíduo estabelece e constrói durante a vida, tendo em vista que ninguém vive de maneira isolada, estamos sempre inseridos em um ou mais grupos sociais (GUNTHER, 2011).

### **Habilidades Sociais**

Um aspecto fundamental que embasa essas relações são as habilidades sociais. Tais habilidades começam a ser desenvolvidas desde a primeira infância, surgindo a necessidade de novas habilidades durante toda a vida, como resposta as mudanças de demandas advindas das interações sociais que o indivíduo vai estabelecendo em diferentes contextos (CARNEIRO; FALCONE, 2003). Em todo o tempo estamos nos deparando com as mais diversas demandas sociais, estas podem aparecer em qualquer faixa etária variando apenas, o caráter das mesmas. E as habilidades sociais consistem em lidar com tais demandas, que possam surgir a partir das interações sociais. Fazer uso de habilidades sociais corresponde a identificar qual a demanda que está surgindo a partir da situação, em seguida decidir se haverá ou não uma reação diante da ação e, por conseguinte, avaliar a competência pessoal para lidar com a situação (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001).

Ainda de acordo com Del Prette e Del Prette, podemos ver como ocorre o processo da utilização das habilidades sociais diante das situações que podem emergir a partir das relações (2001, p. 46):

“A identificação ou decodificação das demandas para um desempenho interpessoal depende, criticamente, da leitura do ambiente social, o que envolve outros aspectos: atenção aos sinais sociais do ambiente (observação e escuta), controle da emoção nas situações de maior complexidade, controle da impulsividade para responder de imediato, análise da relação entre desempenhos (próprios e de outros) e as consequências que eles acarretam.”

### **Grupo de Convivência Para Idosos**

Diante disso, um dos ambientes para observar as habilidades sociais em idosos é através dos grupos de convivência, pois propiciam aos idosos uma série de estímulos, que vão desde discussão de temáticas, ao controle do comportamento. De acordo com Miranda e Banhato (2008), fenômenos como a aposentadoria, o casamento dos filhos e, talvez, a viuvez podem propiciar o engajamento do idoso em algum tipo de atividade, promovendo a utilização de habilidades sociais para um bom relacionamento interpessoal e, assim, relacionar-se consigo mesmo.

A inserção de idosos em grupos de suporte social proporciona uma mudança no paradigma de velhice enquanto limitação e incapacidade, porque nesses grupos é possível encontrar idosos ativos, autônomos e satisfeitos com sua condição geral. Diante disso, é possível observar que essas características são resultantes de uma série de atitudes e comportamentos desempenhados nesses grupos, relacionando-se diretamente com as habilidades sociais. Contudo, apesar dos idosos conviverem com limitações físicas e de saúde, isto não os impossibilitam de exercerem seu papel de sujeito, socialmente ativo (MIRANDA; BANHATO, 2008).

## **Método**

### **Tipo de Estudo**

Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva e exploratória, de cunho qualitativo.

### **Amostra**

A amostra foi constituída por 20 idosos, do sexo feminino, com idades entre 60 e 99 anos divididos em dois grupos: 10 idosos que frequentavam um grupo de convivência assiduamente (há mais de três meses) e 10 idosos que não frequentavam nenhum grupo de convivência, todos residentes em Campina Grande – PB. As duas amostras autorizaram a participação na pesquisa assinando o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido).

### **Instrumentos**

Foram utilizados como instrumentos um questionário sociodemográfico contendo informações relevantes sobre os participantes como: idade, sexo, renda, religião, entre outros. Foram aplicados testes comportamentais, utilizando o modelo

proposto por Falcone, Clark, Del Prette e Del Prette (2007), orientados por um roteiro que estruturava situações de jogos de papéis que avaliavam as respostas dos idosos frente a cinco circunstâncias que envolvesse habilidades como: recusar pedido, fazer pedido com conflito de interesses, defender os próprios direitos em situações nas quais são oferecidos serviços insatisfatórios, lidar com pessoas com atitudes grosseiras e expressar opiniões pessoais.

### **Procedimentos da Coleta de Dados**

Durante todo o estudo foram seguidos todos os pressupostos sugeridos na Resolução n° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que rege a ética da pesquisa envolvendo seres humanos e aprovação do Comitê de Ética do Centro Universitário Unifacisa, CAAE 92632318.0.0000.5175. Depois de recebida a autorização oficialmente assinada pelas instituições, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e a Autorização de Gravação de Voz assinados pelos idosos voluntários, foi iniciada a pesquisa.

A coleta de dados das 10 idosas que frequentam o grupo de convivência ocorreu em uma sala cedida previamente pela associação organizadora do grupo. Já a coleta das outras 10 participantes foi realizada em suas residências, com a autorização delas. Antes de iniciar a coleta de dados foram repassadas as informações acerca do estudo as idosas. Em seguida deu-se a aplicação dos instrumentos, seguindo a ordem de apresentação: questionário sociodemográfico e o roteiro de situações, com duração média de 20 minutos.

### **Análise dos dados**

Os dados obtidos através do questionário sociodemográfico foram analisados apenas para apreciação da frequência, em razão da quantidade de participantes. Para análise do jogo de papéis proposto por Carneiro *et al.* (2007) também foi realizada a transcrição das gravações de voz e então avaliadas por três juízes independentes. Para orientar os juízes na avaliação das respostas dos participantes, de acordo com a proposta de Falcone (2000, 2001 citado por Falcone, *et al.*, 2007) (a) respostas sociais inadequadas; (b) respostas sociais parcialmente adequadas e (c) respostas sociais adequadas, os juízes foram instruídos a combinar na categoria número 1 e as respostas passivas (de esquivas) ou agressivas (de hostilidade). Na categoria número 2, respostas de enfrentamentos da situação (assertiva) de defesa dos próprios interesses de forma

objetiva. E finalmente a categoria número 3, (empatia e assertividade) nas respostas de enfrentamento que contêm a defesa dos próprios interesses, vontades, conveniências, depois da evidência de compreensão e de interesse pelos desejos e necessidades do interlocutor. Os participantes que verbalizaram, em cada situação do jogo de papéis, receberam de cada juiz apenas uma avaliação (resposta social inadequada, resposta social parcialmente adequada).

## Resultados e Discussão

### Questionário sociodemográfico

A Tabela 1 refere-se aos dados sociodemográficos dos participantes. A idade foi subdivida em três faixas etárias, sendo mais frequentes as idosas com idades entre 70 e 79 anos. Em relação ao estado civil, a maioria das participantes era casada. No que se refere a escolaridade a maioria tinha apenas o ensino fundamental incompleto (9). Em relação à organização familiar a maior parte das idosas morava sozinhas (5) ou com o cônjuge (6).

**Tabela 1.** Distribuição dos dados sociodemográficos das idosas que frequentam e que não frequentam grupos de convivência (n=20)

Variável	Níveis	f
<b>Faixa etária</b>	61-68	07
	70-79	11
	87-99	02
	<b>Total</b>	<b>20</b>
<b>Sexo</b>	Feminino	20
	<b>Total</b>	<b>20</b>
<b>Tem filhos?</b>	Sim	18
	Não	02
	<b>Total</b>	<b>20</b>
<b>Estado civil</b>	Solteira	02
	Casada	12
	Viúva	06
	<b>Total</b>	<b>20</b>
<b>Escolaridade</b>	Ensino fundamental incompleto	09
	Ensino fundamental completo	01
	Ensino médio incompleto	02
	Ensino médio completo	02
	Curso superior incompleto	01
	Curso superior completo	05
	<b>Total</b>	<b>20</b>
<b>Como considera sua</b>	Muito boa	04

<b>saúde?</b>	Boa	07
	Nem boa, nem ruim	07
	Ruim	01
	Muito ruim	01
	<b>Total</b>	<b>20</b>
<b>Religião</b>	Católico	14
	Evangélico	06
	<b>Total</b>	<b>20</b>
<b>Qual sua renda?</b>	Menos de um salário mínimo	01
	Um salário mínimo	06
	Dois salários mínimos	06
	Três salários mínimos	02
	Acima de três salários mínimos	05
	<b>Total</b>	<b>20</b>
<b>Com quem reside/ mora</b>	Sozinha	02
	Com os filhos	05
	Com o cônjuge	06
	Com outros parentes	03
	Outra opção	04
	<b>Total</b>	<b>20</b>

Fonte: Dados da pesquisa atual, 2018.

As tabelas 2 e 3 referem-se aos resultados das análises das cinco situações do jogo de papéis propostas por Carneiro, *et al* (2007) que foi utilizado para avaliar as habilidades sociais nas idosas entrevistadas e realizar um comparativo entre as respostas da amostra que frequentava com assiduidade o grupo de convivência e a amostra que não frequenta nenhum grupo de convivência.

As respostas que apresentaram habilidades socialmente inadequadas variaram entre respostas agressivas e passivas, enquanto as de habilidades parcialmente adequadas (faziam referência às respostas parcialmente assertivas), e por fim, as respostas assertivas que foram enquadradas nas de habilidades socialmente adequadas. Participaram da análise para o julgamento das respostas três juízes independentes, avaliando as habilidades das participantes para lidar com as situações sociais expostas.

**Tabela 2.** Resultados da análise das cinco situações do jogo de papéis propostas por Falcone (2000) das idosas que frequentam grupo de convivência (n=10)

<b>Situações</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>
<b>1. Recusar pedido</b>	Socialmente inadequada	4
	Parcialmente adequada	2
	Socialmente adequada	4

<b>2. Fazer pedido com conflitos de interesse</b>	Socialmente inadequada	5
	Parcialmente adequada	0
	Socialmente adequada	5
<b>3. Defender os próprios direitos em situações nas quais são oferecidos de forma insatisfatória</b>	Socialmente inadequada	5
	Parcialmente adequada	0
	Socialmente adequada	5
<b>4. Lidar com pessoas com atitudes grosseiras</b>	Socialmente inadequada	6
	Parcialmente adequada	3
	Socialmente adequada	1
<b>5. Expressar opiniões</b>	Socialmente inadequada	3
	Parcialmente adequada	3
	Socialmente adequada	4

Fonte: Dados da pesquisa atual, 2018.

**Tabela 3.** Resultados da análise das cinco situações do jogo de papéis propostas por Falcone (2000) das idosas que não frequentam grupo de convivência (n=10)

<b>Situações</b>	<b>Categorias</b>	<b>Frequência</b>
<b>1. Recusar pedido</b>	Socialmente inadequada	3
	Parcialmente adequada	4
	Socialmente adequada	3
<b>2. Fazer pedido com conflitos de interesse</b>	Socialmente inadequada	10
	Parcialmente adequada	0
	Socialmente adequada	0
<b>3. Defender os próprios direitos em situações nas quais são oferecidos de forma insatisfatória</b>	Socialmente inadequada	8
	Parcialmente adequada	1
	Socialmente adequada	1
<b>4. Lidar com pessoas com atitudes grosseiras</b>	Socialmente inadequada	8
	Parcialmente adequada	2
	Socialmente adequada	0

<b>5. Expressar opiniões</b>	Socialmente inadequada	4
	Parcialmente adequada	5
	Socialmente adequada	1

Fonte: Dados da pesquisa atual, 2018.

Diante da situação de fazer pedido com conflitos de interesse, foi dada a seguinte circunstância: **“você foi comprar pão no supermercado, ao se dirigir ao caixa, verifica que as filas são longas. Se você ficar esperando sua vez, não conseguirá chegar a tempo ao programa marcado com seu amigo. O que você faz?”** Para a amostra de idosas que frequentavam grupo de convivência, observou-se que cinco apresentaram habilidades socialmente inadequadas (participante 12): *“Eu zelava mais pelo compromisso do que pelo pão. Deixaria o pão e iria para o compromisso”*. Igualmente, cinco idosas também demonstraram habilidades socialmente adequadas (participante 11): *“Eu falo assim: eu estou com pressa, porque eu tenho um compromisso e eu tenho que seguir mais na frente de vocês. Pedia licença e seguia na frente”*.

A amostra das idosas que não frequentavam grupo de convivência apresentou frequências diferentes da amostra que frequentava, as dez idosas apresentaram habilidades socialmente inadequadas (participante 9): *“Desisto, deixo pra ir outra hora”*. As respostas das entrevistadas foram consideradas adequadas quando estas conseguiam manejar a situação de forma que conseguissem comprar o pão e comparecer ao compromisso marcado.

A terceira situação diz respeito a defender os próprios direitos em situações nas quais são oferecidos serviços insatisfatórios, foi relatada a seguinte situação: **“Há duas semanas você comprou uma roupa nova numa loja da vizinhança que você tem sido cliente. E depois de vestir a roupa pela segunda vez, você descobriu que o zíper está quebrado. O que você faz? Caso volte na loja, como falaria com a vendedora?”** Nas idosas participantes da pesquisa que frequentavam grupo de convivência, cinco apresentaram respostas que demonstram habilidades socialmente inadequadas (participante 3): *“Assim, se eu comprei o objeto já faz tempo, já usei e tudo eu não iria a loja, não iria, porque eu ia só criar problema, aí ia ser muita justificativa, muita coisa, uma coisa que eu ia perder meu tempo, meu sossego, então... eu ignoraria, deixava pra lá”* e cinco apresentaram habilidades socialmente adequadas (participante 12): *“Olha, devolver não pode, porque eu já tinha usado, mas eu iria lá reclamar, com*

*certeza. Eu chegava lá e falava para que ela que tinha comprado a roupa e já tinha vestido e o zíper estava quebrado, só que ela tinha que me dar pelo menos uma opinião do que fazer ou indicar uma pessoa para ajeitar... Porque na loja eu não poderia trocar já usada”.*

Em relação às entrevistas com as idosas que não frequentavam grupo de convivência, observa-se o resultado predominantemente de habilidades socialmente inadequadas, em que a frequência foi de oito idosas com resposta para essa classificação (participante 20): *“Eu vou na casa de uma costureira e mando botar, porque já tinha usado”*. As respostas inadequadas faziam referência as que as idosas reagiam de maneira grosseira com a vendedora ou não retornariam à loja para prestar sua reclamação e solicitar resolução do problema, assumindo os prejuízos pelo conserto da roupa.

De forma geral, os resultados encontrados a partir das situações de jogo de papéis permitiu constatar que, em sua maioria, as respostas que demonstraram habilidades socialmente inadequadas evidenciaram respostas de passividade das idosas diante das situações apresentadas. Uma frequência maior dessas respostas foi observada no grupo de idosas que não frequentavam grupos de convivência, quando comparado à amostra que frequentava estes grupos.

Desta forma, podemos fazer menção ao que Del Prette e Del Prette (2001) postulam sobre habilidades sociais, que estas correspondem a identificar qual a demanda que está surgindo a partir da situação, em seguida decidir se haverá ou não uma reação diante da ação e, por conseguinte, avaliar a competência pessoal para lidar com a situação. Os dados encontrados pelo presente estudo corroboram com a visão destes autores, ao enfatizar que com os grupos de convivência é possível ver um aumento significativo da interação social do idoso, promovendo o treino dessas habilidades sociais, resultando em maior empoderamento dos participantes assíduos em tais grupos.

### **Considerações Finais**

O objetivo principal da pesquisa foi alcançado, tendo em vista que através da coleta de dados e análise destes, foi possível realizar um comparativo entre as habilidades sociais em idosos que frequentavam grupo de convivência (amostra 1) e idosos que não participavam de grupo de convivência (amostra 2). Por meio das situações trazidas pelo jogo de papéis propostas por Carneiro, *et al* (2007), pode-se

observar que a frequência ao grupo de convivência parece afetar positivamente as demonstrações de habilidades sociais no comportamento das idosas entrevistadas, quando comparado às respostas da amostra que não participava de nenhum grupo.

Através da análise das respostas das idosas foi possível averiguar a possível influência que o grupo de convivência pode propiciar na aprendizagem de habilidades sociais em idosos. Tendo em vista que as habilidades sociais são aprendidas ao longo da vida, em um grupo de convivência os idosos interagem socialmente com maior frequência, em relação com aqueles que não participam, refletindo de maneira direta na assertividade, ou falta dela, nas respostas às situações apresentadas. Reforçando, portanto, a necessidade de políticas públicas que propiciem um olhar diferenciado ao lugar do idoso na sociedade, promovendo espaços e contextos nos quais os idosos tenham acesso ao treino de habilidades sociais, assistida por profissionais.

#### **QUESTÕES:**

- Sobre o crescimento considerável da população idosa no Brasil, disserte sobre as políticas públicas existentes que oferecem suporte para esse crescimento e quais deveriam ser criadas.
- Descreva o modelo de saúde biomédico e o modelo biopsicossocial.
- A partir do que foi discutido no artigo acima, descreva o que são habilidades sociais e qual sua função nas relações interpessoais.

#### **Referências**

ALMEIDA, A. M. O. & CUNHA, G.G. (2003). **Representações Sociais do Desenvolvimento Humano**. Psicologia: Reflexão e Crítica, Porto Alegre, v. 16, n. 1.

CARNEIRO, R. S. & FALCONE, E. M. O. (2004) **Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 9, n. 1.

CARNEIRO, R. S; FALCONE, E. M. O; CLARCK, C; DEL PRETTE, Z. A. P & DEL PRETTE, A. (2007). **Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos:**

**Relação com Habilidades Sociais.** Revista Psicologia: Reflexão e Crítica, 20 (2), 229-237. Recuperado de <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a08v20n2.pdf> >. Acesso em: 15/03/2018.

CUTOLO, L. R. A. (2006). **Modelo biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica.** Revista brasileira de educação médica. Recuperado de: <<http://www.acm.org.br>>. Acesso em: 15/03/2018.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais.** Petrópolis: Vozes, 2001.

GUNTHER, I. A. (2011) **Envelhecimento, Relações Sociais e Ambiente.** In: FALCÃO, D. V. S., ARAÚJO, L. F. (orgs.). **Psicologia do Envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados.** 2. ed. Campinas: Alínea.

IBGE. **Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação.** IBGE. Recuperado de: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 21/03/2018

MIRANDA, L. C. & BANHATO, E. F. C. (2008). **Qualidade de vida na terceira idade: a influência da participação em grupos.** Psicologia em Pesquisa, Juiz de Fora, v. 2, n. janeiro-junho.

NERI, A. L. (2008). **Palavras-chave em Gerontologia.** 3. ed. Campinas: Alínea.

OMS. **Relatório Mundial De Envelhecimento e Saúde.** Genebra: OMS, 2015.

PEREIRA, T. T. S. O, BARROS, M. N. S. & AUGUSTO, M. C. N. A. (2011). **O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade e foco.** Mental. Recuperado de: <<http://pepsic.bvsalud.org> >. Acesso em: 15/03/2018.

VECCHIA, R. D., RUIZ, T., BOCCHI, S. C. M. & CORRENTE, J. E. (2005). **Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo.** Revista brasileira de epidemiologia, São Paulo, v.8, n. 3.

## **Auto Biografia dos Autores**

### **Maria da Penha de Lima Coutinho**

Doutora em psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Pós-doutora pela universidade Aberta de Lisboa, Portugal. Professora dos cursos de Graduação e Pós-graduação – Doutorado e mestrado do departamento de psicologia da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora do CNPQ. Pesquisadora e Coordenadora do Núcleo de Pesquisa “Aspectos Psicossociais da Prevenção e Saúde Coletiva” da UFPB. Coordenadora do Programa DINTER.

### **Iany Cavalcanti da Silva Barros**

Psicóloga, especialista em neuropsicologia, Mestre, Doutora em Psicologia Social pela UFPB. Pesquisadora do Núcleo “Aspectos Psicossociais de prevenção e da Saúde Coletiva” – NPAPPSC-UFPB. Pró-reitora do Centro Universitário – UNIESP.

Márcio de Lima Coutinho, Graduado em Processamento de dados e psicologia, Mestre em tecnologia das engenharias pela Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. Doutor em Psicologia Social pela UFPB e pesquisador do Núcleo “Aspectos Psicossociais de prevenção e da saúde coletiva” – NPAPPSC – UFPB. Professor do curso de graduação em Psicologia do Centro Universitário – UNIESP.

### **Érika Marques de Almeida Lima**

Graduada em Psicologia, Mestre em Desenvolvimento Humano pela UFPB e Especialista em Gestão Universitária. Experiência de mais de 13 anos em Ensino Superior, como professora, Diretora Acadêmica e Diretora Geral de IES, além de Consultora no Ensino Superior, inclusive com experiência em Ensino a Distância. Grande capacidade de gerenciamento e desenvolvimento de setores e equipes. Experiência e bons resultados na preparação e regularização perante o Ministério da Educação.

### **Leandro Roque da Silva**

Psicólogo, especialista em Saúde Mental, Mestre em Política Social (UFPB) e doutorando em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Gerenciou dois serviços especializados no cuidado as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas (CAPS Ad III). Têm experiência nas áreas de Saúde Mental, Gestão em Saúde Pública e estratégias de construção de Políticas Intersetoriais voltadas para usuários de substâncias psicoativas. Atualmente é docente Universitário da Universidade de Educação Superior da Paraíba UNIESP PB.

Kay Francis Leal Vieira, Psicóloga graduada pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. Possui Especialização em Saúde da Família (FIP) e em Psicopedagogia (UFPB); Mestrado em Psicologia (UFPB) e Doutorado em Psicologia Social (UFPB). Docente do UNIESP Centro Universitário e do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPE. Atua em consultório particular realizando psicoterapia e avaliação psicológica.

### **Ana Flávia de Oliveira Borba Coutinho**

Professora do Centro Universitário – UNIESP e UNIFUTURO. Mestre em Tecnologia das Engenharias pela UTAD – Portugal e Doutora em Psicologia Social. Graduada em Arquitetura e Urbanismo pela UFPB, graduada em Processamento de dados pela ASPER.

### **Antônio Augusto Albuquerque Vaz**

Psicólogo clínico. Neuropsicopedagogo. Possui graduação em Comunicação Social pela Universidade Metodista de São Paulo (1994), graduação em Teologia pela Universidade Metodista de São Paulo (1989), graduação em Psicologia pelo Centro Universitário de João Pessoa (2009), especialização em estratégia empresarial pelo Centro Universitário de João Pessoa (1999) especialização em saúde mental (2011), L e neuropsicopedagogia pelo Centro integrado de tecnologia da Paraíba (2017) e Mestrado em Ciências da Sociedade pela UEPB. Foi professor da UFPB e Atualmente é professor do UNIESP. Tem atuado por 15 anos como professor de várias especializações em todo o país.

### **Aline Arruda Rodrigues da Fonseca**

É psicóloga clínica, Mestre e Doutora em Psicologia, professora do curso de Psicologia do UNIESP. Psicóloga da equipe do Programa NoA (TV Arapuan). É Avaliadora ad hoc para Autorização de Cursos e Instituições representando o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais INEP/MEC, além de elaboradora de Itens do Banco Nacional de Itens (BNI) da Educação Superior para a construção dos instrumentos de avaliação do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE).

### **Evelyn Rúbia de Albuquerque Saraiva**

Psicóloga e Licenciada em Psicologia pela Faculdade Frassinetti do Recife - FAFIRE, mestre e doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB. Professora aposentada da UFPB e docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário UNIESP.

### **Tatiana Cavalcanti de Albuquerque Leal**

Psicóloga, mestra e doutoranda em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba. Atua e pesquisa nas áreas de Psicologia Social, Psicologia Jurídica e Direitos Humanos.

### **Andréa Moura de Souza**

Graduanda em Psicologia pela UNIESP, sendo aluna da turma pioneira desse centro universitário. Licenciada em Letras com habilitação em Línguas Estrangeiras Modernas (Inglês) pela Universidade Federal da Paraíba em 2005, tendo uma vasta experiência na área. Possui certificados de proficiência na língua inglesa pela Universidade de Cambridge.

### **Ana Maria Tavares de Freitas**

Licenciada em História, pós graduada em Tecnologia Educacional pela Faculdade Integrada de Patos - FIP e graduanda em Psicologia no Centro Universitário UNIESP.

### **Idaiany Miquelly de Araújo Sousa**

Psicóloga formada pelo Centro Universitário (UNIFIP) concluído em 2019. Atualmente, cursando Análise Aplicada do Comportamento (ABA) e Estratégias Naturalistas. Atua como psicóloga clínica priorizando o público infantojuvenil, seguindo os pressupostos teóricos da Abordagem Cognitivo-Comportamental e no Apoio Especializado para Crianças.

### **Denise Reinaldo Pereira**

Psicóloga Clínica. Especialista em Gerontologia. Mestrado em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e graduada em Psicologia pela mesma instituição. Atualmente é funcionária efetiva de nível médio da Universidade Federal da Paraíba e professora efetiva do Instituto de Educação Superior da Paraíba (IESP). Seus interesses de pesquisa se concentram nas áreas de Psicologia do Desenvolvimento, Psicologia Social e Personalidade.

### **Gildevan Estrela Dantas**

Psicólogo pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ. Mestre em Psicologia Social pela UFPB. Membro do Núcleo de Estudos Aspectos Psicossociais da Saúde Coletiva. Trabalhando com os seguintes temas: Saúde Pública e Saúde Mental, Personalidade, Aprendizagem, Teoria das Representações Sociais. Doutorando em Psicologia Social pela UFPB.

### **Alcira de Lourdes Teotonio Cavalcanti**

Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário de João Pessoa - UNIPÊ (2004), com ênfase na Abordagem Fenomenológica-Existencial, Mestre em Neurociência Cognitiva e Comportamento pela Universidade Federal da Paraíba - UFPB (2018); Especialização em Logoterapia e Análise Existencial; Especialização em Saúde Mental e Dependência Química, Especialização em Gerontologia, Membro do Grupo de Trabalho - GT - de Psicologia do Esporte do Conselho Regional de Psicologia da 13ª Região (PB). Facilitadora na área de Dinâmica de Grupo.

### **Danilo Andrade de Meneses**

Professor do Instituto de Educação Superior da Paraíba – IESP, Biólogo e Artista Visual, UFPB. Mestre em Teorias da Mente, Lógica e Epistemologia, UFRJ. Doutorando em Neurociência Cognitiva e Comportamento – UFP.

### **Olívia Dayse Leite Ferreira**

Graduada em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba, mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (2014) e doutoranda pela Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Tem experiência na área de Psicologia clínica (Terapia Cognitiva-Comportamental), neuropsicologia e neurociências, com ênfase nos processos cognitivos.

### **Maria Jozina Ferreira**

Mestre em Ciências da Educação pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, especialista em Metodologia do Ensino Superior e em Dinâmica de Grupo e Relações Humanas, Foi professora na Pós Graduação em Psicopedagogia na Faculdade Atenas Maranhense em São Luis - MA, professora atual da pós em Psicopedagogia no CINTEP - Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa, Professora do Curso de graduação em Psicologia no UNIPÊ e no UNIESP, Psicóloga clínica e do Centro Socioeducativo Edson Mota com experiência principalmente nos seguintes temas: Adolescência, Ato Infracional, Medidas Socioeducativas e Dinâmica de Grupo.

### **Luciene Costa Araújo Moraes**

Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (2015). Mestre em Psicologia (2011) pela UFPB, Graduada em Psicologia (2008). Formação em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para a Infância e Adolescência. Formação em andamento, em Terapia do Esquema (2018). Experiência em Psicologia experimental, da aprendizagem, desenvolvimento humano e área clínica.

**Jaqueline Gomes Cavalcanti Sá**

Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (PPGPS-UFPB). Mestre em Psicologia Social pela mesma universidade (PPGPS-UFPB) e graduada em Psicologia (UFPB). Atua como docente do curso de Psicologia do Centro Universitário UNIESP.

**Eliza Maria Silva Moreira**

Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau, (2019).

**Brenno Arley Rodrigues de Souza**

Graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Maurício de Nassau, (2019).

**Caroline Oliveira Basílio**

Nascida em São Paulo, graduada em teologia pelo Centro Universitário Cesumar e graduanda em psicologia pela Universidade São Judas Tadeu - SP. Aluna do UNIESP no ano de 2018.

**Soraya da Nóbrega Lellys Burkhardt**

Licenciatura Plena em Pedagogia pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, com pós-graduação "Lato Sensu" em Psicopedagogia Institucional e Clínica, pelo Centro Integrado de Tecnologia e Pesquisa - CINTEP, Psicanalista com formação pela Academia Brasileira de Psicopedagogia e Psicanálise e pela Sociedade Psicanalítica da Paraíba - SPP, graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário UNIESP.

**Cláudia Maria da Conceição de Carvalho Xavier**

Advogada, Pós-graduada em Direito Processual Civil pela Universidade Potiguar - Unp e Graduanda em Psicologia no Centro Universitário - UNIESP.

**Anselmo Freire de Carvalho**

Graduando em Psicologia pelo Centro Universitário - UNIESP

**Vanessa Allana Nunes Candido**

Graduando em Psicologia pelo Centro Universitário - UNIESP

**Andresa Carvalho dos Santos**

Bacharela em Direito pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, com pós-graduação lato sensu em Direito Processual pela Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, técnica judiciário e assessora de juiz de 1º grau do Tribunal de Justiça da Paraíba, graduanda em Psicologia pelo Centro Universitário UNIESP.

**DIVERSIDADES DO  
SABER PSICOLÓGICO:  
REFLEXÕES TEÓRICAS  
E EMPÍRICAS**



Os conteúdos e temáticas discutidos pelos autores são múltiplos e respondem a demandas vivenciais, retratando as **DIVERSIDADES DO SABER PSICOLÓGICO: REFLEXÕES TEÓRICAS E EMPÍRICAS**, ao mesmo tempo, apresentam inquietações que se colocam como desafios emergentes para a formação e atuação dos profissionais de psicologia. Destaco que um dos fatores singulares e que merece destaque é efetivamente a diversidade da docência, em demonstrar a importante relação aluno- professor na construção do conhecimento coletivo no curso de psicologia do Centro Universitário UNIESP.

Iany Cavalcanti da Silva Barros  
**Pró-Reitora do Centro Universitário UNIESP**



**Editora  
Uniesp**

ISBN 978-655825008-1



9

786558

250081