

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira  
Daniel Facciolo Pires  
Marinês Santana Justo Smith  
Sílvia Regina Viel  
Welton Roberto Silva (org.)

# PSICOLOGIA NA ATUALIDADE: discussões críticas

Coleção Ciência e Desenvolvimento

7

ISBN VOLUME



9 788554 530242

ISBN COLEÇÃO



9 788554 530174

DOI

10.29327/510348



IC. Uni-FACEF

**Uni-FACEF**  
Centro Universitário Municipal de Franca

---

**Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira  
Daniel Facciolo Pires  
Marinês Santana Justo Smith  
Sílvia Regina Viel  
Welton Roberto Silva (org.)**

**PSICOLOGIA NA ATUALIDADE: discussões críticas**

**ISBN 978-85-5453-024-2**

**FRANCA  
Uni-FACEF  
2019**

---

## Corpo Diretivo

### REITOR

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra

### VICE-REITOR

Prof. Dr. Alfredo José Machado Neto

### PRÓ-REITORA DE ADMINISTRAÇÃO

Profª. Drª. Melissa Franchini Cavalcanti Bandos

### PRÓ-REITORA ACADÊMICA

Profª Drª Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

### PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO, CULTURA E DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Profª. Ma. Flávia Haddad França

### PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO e COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *LATO SENSU*

Prof. Dr. Sílvio Carvalho Neto

### COORDENADOR DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

Prof. Dr. Paulo de Tarso Oliveira

### COORDENADORA PEDAGÓGICA

Profª Drª Edna Maria Campanhol

### COORDENADORA DE MARKETING

Profª Ma. Alba V. Penteadó Orsolini

### ASSESSOR JURÍDICO

Prof. Me. Paulo Sérgio Moreira Guedine

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Me. Cyro de Almeida Durigan

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

Prof. Me. Orivaldo Donzelli

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS

Profª. Ma. Ana Tereza Jacinto Teixeira

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE COMUNICAÇÃO SOCIAL – Publicidade e Propaganda

Prof. Ma. Fúlvia Nassif Jorge Facuri

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENFERMAGEM

Profª. Drª. Livia Maria Lopes

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA CIVIL

Prof. Me. Anderson Fabrício Mendes

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Profª. Ma. June Tabah

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE LETRAS

Profª Drª Ana Lúcia Furquim de Campos-Toscano

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MATEMÁTICA

Prof. Drª Sílvia Regina Viel

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MEDICINA

Profª Dr. Frederico Alonso Sabino de Freitas

### CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE PSICOLOGIA

Profª Drª Maria de Fátima Aveiro Colares

### CHEFE DE DEPARTAMENTOS DOS CURSOS DE SISTEMAS DE INFORMAÇÃO, ENGENHARIA DE SOFTWARE e CIÊNCIA DA COMPUTAÇÃO

Prof. Dr. Daniel F. Pires

---

**Comissão Científica**

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira (Uni-FACEF)  
Daniela de Figueiredo Ribeiro (Uni-FACEF)  
Melissa F. Cavalcanti Bandos (Uni-FACEF)  
Bárbara Fadel (Uni-FACEF)  
Sílvia Regina Viel (Uni-FACEF)  
Marinês Santana Justo Smith (Uni-FACEF)  
Ana Lúcia Furquim Campos-Toscano (Uni-FACEF)  
Daniel F. Pires (Uni-FACEF)  
Sílvio Carvalho Neto (Uni-FACEF)  
Emerson Rasera (UFU)  
Renato Garcia de Castro (UNICAMP)  
Pedro Geraldo Tosi (UNESP)  
Vânia de Fátima Martino (UNESP)

**Comissão Organizadora**

José Alfredo de Pádua Guerra  
Alfredo José Machado Neto  
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira  
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos  
Sílvio Carvalho Neto  
Marinês Santana Justo Smith  
Sílvia Regina Viel  
Welton Roberto Silva  
Noemia Lopes Toledo  
Lucas Antônio Santos  
Alexandre Manoel Pereira  
Édney Wésley Antunes

---

© 2019 dos autores  
Direitos de publicação Uni-FACEF  
www.unifacef.com.br

Coleção: Ciência e Desenvolvimento, v. 7.

O51p Oliveira, Sheila Fernandes Pimenta e (Orgs.)  
Psicologia na atualidade: discussões críticas. / Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira; Sílvia Regina Viel; Daniel Facciolo Pires; Marinês Santana Justo Smith; Welton Roberto Silva (Orgs.). – Franca: Uni-FACEF; 2019.  
211p.; il.

ISBN Coleção: 978-85-5453-017-4

ISBN Volume: 978-85-5453-024-2

DOI 10.29327/510348

1. Multidisciplinar - Fórum.      2. Iniciação Científica.  
3. Pesquisa.      4. Metodologia.      I.T.

CDD 150

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (lei no. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do código Penal. **Todo o conteúdo apresentado neste livro é de responsabilidade exclusiva de seus autores.**

Editora Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca  
Associada à ABEC - Associação Brasileira de Editores Científicos

---

## PREFÁCIO

Honra-me, como aluna da primeira turma de Psicologia do *Centro Universitário Municipal de Franca* – Uni-FACEF e atualmente professora nesta Instituição, prefaciá-lo, podendo assim colher os frutos deste caminho que decidi trilhar na pesquisa científica, que se iniciou nos primeiros anos da graduação, quando fui apresentada para a arte que é pesquisar cientificamente, área por que me apaixonei e comecei a dedicar toda minha carreira profissional. Hoje tento despertar nos meus alunos a mesma paixão que foi despertada em mim e fico feliz em ver que isso vem trazendo resultados. Prova disso é este e-book, vejo os estudantes escrevendo, publicando e se interessando em refletir criticamente e produzir conhecimento, para causar transformação no contexto ao qual estão inseridos. É com imensa alegria que o faço e não poderia ser diferente, como ex-aluna, como professora e como incentivadora.

A Psicologia e a pesquisa têm como intuito uma reflexão para produzir novos conhecimentos e este e-book *Psicologia na Atualidade: discussões críticas*, título este que apresenta ao nosso leitor discussões tão relevantes e do nosso contexto atual, como discussões acerca da saúde mental, traumas psicológicos, as relações interpessoais, área da psicologia forense, ludoterapia e transtornos psiquiátricos, temas esses que fazem parte e tomam, cada vez, as rodas de discussões nos dias atuais e precisam ser discutidos e disseminados pela comunidade acadêmica. Não podemos deixar de destacar que o momento que se relaciona teoria, prática e pesquisa parece construir-se um verdadeiro profissional, capaz de lidar com as demandas que lhes são impostas, baseando-se em uma formação sustentável e de alta qualidade. Se o ensino excelente é aquele que coloca dúvidas, que faz interrogações, que ensina a fazer perguntas e não as responde prontas e mecanicamente, é essa aprendizagem que permitirá a formação de melhores profissionais, o psicólogo que busca unir a teoria e a prática, que vai a campo, que conhece o contexto em que está inserido e que com os resultados advindos de sua pesquisa possa causar algum tipo de mudança, possa causar reflexão, possa fazer parte de um processo de transformação é um profissional que tem um diferencial no mercado de trabalho. Que as discussões advindas desse e-book possam causar ainda mais reflexão, ainda mais motivação e ainda mais

---

pesquisas. Que a pesquisa científica seja para a comunidade acadêmica um objeto de transformação e que desde cedo possam aprender a arte que é pesquisar cientificamente.

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sofia Muniz Alves Gracioli  
Professora  
Uni-FACEF Centro Universitário Municipal de Franca

---

## SUMÁRIO

A ARTE E EXPRESSÃO NO CUIDADO DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE ABUSO E/OU DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS: Uma experiência no CAPS álcool e droga .....	8
A QUESTÃO DO ABORTO NO HOSPITAL PÉROLA BYINGTON: Necessidade de comprometimento social.....	21
ABORDAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA INFANTIL: Relato de experiência.....	29
ABORDAGEM SOBRE SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: Relato de experiência .....	35
APRESENTAÇÃO SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PARA UM GRUPO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR: Relato de experiência.....	40
AVALIAÇÃO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO POR ESTUDANTES EM UM SERVIÇO DA REDE PSICOSSOCIAL.....	46
DEPENDÊNCIA QUÍMICA FEMININA: Perspectiva do serviço social .....	53
ESTUDO SOBRE ADOÇÃO: O parto social tardio .....	57
O USO E ABUSO DO ÁLCOOL EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS .....	68
PERCEPÇÕES E CONCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA SOBRE A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ- PAI NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM DIFERENTES CULTURAS .....	83
QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DOS CURSOS DE MEDICINA E PSICOLOGIA DO INTERIOR DE SÃO PAULO.....	123
RODA DE CONVERSA SOBRE MATURAÇÃO SEXUAL FEMININA: Empoderamento de meninas pré adolescente sobre as mudanças físicas e comportamentais da puberdade .....	139
TERAPIA FAMILIAR: Um olhar psicanalítico .....	147
UNIÃO POLIAFETIVA NA SOCIEDADE BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA .....	155
VIDEOGAMES VIOLENTOS, CONTROVÉRSIAS E EFEITOS SOBRE O COMPORTAMENTO: Um estudo sob as visões da Psicologia.....	171
VISITA DOMICILIAR: Um olhar integrado sobre a puérpera e seu contexto familiar.....	187
VIVÊNCIA: A atuação do Serviço Social na Penitenciária Feminina da Capital.....	201
ÍNDICE .....	210



---

## **A ARTE E EXPRESSÃO NO CUIDADO DA PESSOA EM SITUAÇÃO DE ABUSO E/OU DEPENDÊNCIA DE ÁLCOOL, CRACK E OUTRAS DROGAS: Uma experiência no CAPS álcool e droga**

Isabel Taveira Alves  
Graduação em Psicologia – Uni-FACEF  
profissional.murillo@gmail.com

Valéria Beghelli Ferreira  
Psicologia – Uni-FACEF

### **1. INTRODUÇÃO**

O pintor Debré (1993) diz que o interesse da arte é nos conduzir a uma compreensão de nós mesmo e do mundo, por vias diferentes das da linguagem lógica, tendo um 'algo' profundo em uma relação com a realidade do nosso mundo interno. Pode-se, assim, por meio da pintura, escrita, teatro, dança, música... entrar em contato consigo mesmo, trabalhando sentimentos e situações do dia a dia, desenvolvendo produções que não precisam ser esteticamente agradáveis, pois não há o certo e errado.

O objetivo de utilizar a arte como recurso para facilitar a livre expressão é que, por meio dela, é possível ter acesso ao inconsciente. De acordo com Arcuri (2006), o uso da arte como terapia apresenta a importância do processo criativo como um meio de reconciliar conflitos emocionais, possibilitando melhor autoconhecimento e desenvolvimento pessoal.

Para compreender o processo realizado, é importante fazer uma contextualização histórica, a fim de compreender o ambiente e as condições em que o grupo se realizou. O que é o CAPS? Quais seus objetivos?

O CAPS, Centros de Atenção Psicossocial, foi criado em 1986, período em que ocorria a desinstitucionalização, devido à reforma sanitária. A ideia era oferecer o cuidado aos pacientes com transtornos mentais que necessitavam de atendimento especial. A criação dos CAPS se deu em meio a revolta da população com os maus tratos que aconteciam dentro dos hospitais psiquiátricos, reivindicando um tratamento mais humano. Dessa forma, surgiu com o objetivo de desinstitucionalizar e ao mesmo tempo humanizar o serviço de saúde em Saúde Mental. Seu principal objetivo é atender e acolher as pessoas com transtorno mental severo e persistente, proporcionando mais qualidade de vida para essas pessoas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O movimento da reforma sanitária nasce em meados dos anos 70, período em que reinava a ditadura militar. O movimento representou uma reforma social, que percorreu ciclos e transformações, em que inicialmente era uma ideia que criticava a forma como a saúde era tratada no período ditatorial. Foi uma

proposta, que visava a democracia no sistema de saúde, mobilizando forças políticas, ideológica e sociais, reivindicando consciência sanitária e participação do povo na luta (PAIM, 2008).

A reforma sanitária enfatizava a democratização na saúde, clamando pelo bem coletivo, lutando pelo acesso de todos aos serviços públicos, a fim de reduzir desigualdades. Sem dúvidas o movimento foi um avanço democrático na garantia dos direitos sociais e teve como principais conquistas a criação do Sistema Único de Saúde, a universalização do acesso ao mesmo, o crescimento da produtividade e da produção, sistema de informação em saúde, expansão da rede de atenção básica e etc. (PAIM, 2008).

Para Paim (2008), por mais que seja fato as conquistas e sucessos do movimento, é incabível pensar nele sem criticá-lo por suas promessas não cumpridas. Uma avaliação da liderança do movimento revela que houve um distanciamento do povo ao se partidarizar e se envolver em “manobras políticas”.

E foi nesse contexto de revoluções e reinvidicações democráticas que se deu a criação dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), na busca de um tratamento digno e humanizado no que diz respeito a saúde mental (MINISTÉRIO da Saúde, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o CAPS é um ponto de atenção estratégico da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde) e isso quer dizer que é um

[...] serviço de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004, p.2).

Para melhor atender a população, ele é dividido em algumas modalidades, sendo elas: CAPS I, para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo os induzidos por uso de substancias psicoativas, atendendo durante o dia, em regiões de pelo menos 15 mil habitantes; CAPS II, para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo os induzidos por uso de substancias psicoativas, atendendo durante o dia, em regiões de pelo menos 70 mil habitantes; CAPS i, para crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e persistentes, incluindo os induzidos por uso de substancias psicoativas, atendendo durante o dia, em regiões de pelo menos 70 mil habitantes; CAPS ad, para pessoas usuárias de álcool e outras drogas, atendendo em regiões de pelo menos 70 mil habitantes; CAPS III, para pessoas com transtornos metais graves e persistentes, incluindo os induzidos por uso de substancias psicoativas, atendendo durante o dia e também durante a noite, em regiões de pelo menos 150 mil habitantes; CAPS ad

III, para pessoas usuárias de álcool e outras drogas, atendendo durante o dia e também durante a noite, em regiões de pelo menos 150 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004).

O CAPS busca o atendimento que permita à pessoa ter um cuidado ampliado, com metodologias de cuidado baseadas na escuta, empatia, com recursos de trabalho utilizando rodas de conversa e técnicas e dinâmicas lúdicas, no qual a arte se mostra como um recurso potente.

### **1.1. A Arte como Estratégia para Alcançar a Livre Expressão**

A arte como recurso psicológico é utilizada para atingir a expressão não verbal. Como premissa básica, é um meio de expressar a subjetividade, muitas vezes mais eficaz e potente do que a fala verbal, possibilitando uma ampliação do consciente. Ela pode ser usada por meio da pintura, da dança, da música, de desenhos, de esculturas e de dramatizações. É um poderoso canal para a produção da subjetividade humana, no qual é possível trabalhar sentimentos e emoções (REIS, 2014).

A arteterapia deriva de teorias psicodinâmicas. Freud e Jung analisaram diversas pinturas artísticas e, por meio delas, perceberam que haviam conteúdos inconscientes manifestados pelo autor. Jung foi quem trouxe a arte para a terapia, acreditando que por meio dela, o sujeito seria capaz de reorganizar seu caos interno, acreditava também que a compreensão do desenho livre era capaz de facilitar a expressão verbal (REIS, 2014).

Percebe-se que as técnicas artísticas objetivam alcançar conflitos inconscientes. A arteterapia não almeja atingir a perfeição estética, pelo contrário, pouco importa a beleza, o que vale é a espontaneidade do trabalho, representando autenticamente o autor da obra (REIS, 2014).

No Brasil, quando se fala em arte como tratamento para pacientes psiquiátricos, a autora pioneira é Nise da Silveira. Ao se recusar aos maus tratos que a psiquiatria da época oferecia como tratamento (lobotomia, eletrochoque como punição), trouxe à tona um tratamento humanizado, voltando sua atenção para a saúde mental e para o sofrimento psíquico, considerando a loucura como uma pequena parte da pessoa e não como um todo. Ao ser designada para o setor de terapia ocupacional, criou o Atelier de Arte e Modelagem e lá compreendeu que, por meio da arte, seus pacientes psicóticos eram capazes de expressar sentimentos (PEREIRA; NOGUEIRA; LIMA, 2016).

A função terapêutica da arte é permitir a expressão de vivências não racionalizadas, cabendo ao terapeuta fazer a ponte entre as vivências inconscientes descobertas e os sentimentos latentes expressos. “Para os pacientes, a atividade criadora permitia não somente dar uma forma ao seu tumulto emocional mas também transformá-lo por meio dessa expressão” (REIS, 2014, p.6).

A arte não se restringe apenas à uma ferramenta de expressão, ela é também uma forma de possibilitar o autoconhecimento. De forma criativa, os pacientes são levados a refletir sobre suas angustias, seus conflitos, e dessa forma, são capazes de ressignificar o sofrimento (REIS, 2014).

É impossível padronizar quaisquer interpretações que se possa ter em uma arte. A arte representa a singularidade do indivíduo, nela está manifesto seu inconsciente pessoal (PEREIRA; NOGUEIRA; LIMA, 2016).

Para Levitin (2006), a arte é capaz de auxiliar o indivíduo a explorar novos conteúdos, de forma leve e descontraída. Ela é capaz de transformar ideias, mediando conflitos e unindo as pessoas.

Percebe-se que a arte se mostra uma potente ferramenta para a expressão autêntica de si mesmo. Mas, para alcançar essa expressão autêntica e verdadeira, faz-se necessário o afeto. Essa lógica de trabalho exclui a lógica da contenção, na qual a loucura e os sofrimentos do paciente eram contidos, muitas vezes por atos violentos. O afeto é transformador. Quando o sujeito se percebe valorizado, reconhecido como pessoa e não como louco, transformações são possíveis (PEREIRA; NOGUEIRA; LIMA, 2016).

## **1.2. Importância do Afeto para Favorecer a Espontaneidade Estimulada por Meio da Arte**

A desinstitucionalização também é responsável pelo desenvolvimento do acolhimento psicológico. Foi a partir dela que se percebeu a importância de se ter um olhar holístico para a pessoa adoecida, considerando sua história de vida, seus valores e crenças. Formas inovadoras de cuidado têm sido desenvolvidas com a escuta ativa e qualificada e a formação de vínculos. Tais ações possibilitam compreender o sofrimento da pessoa e os diferentes aspectos capazes de influenciar seu cotidiano. Um bom acolhimento é capaz de auxiliar na inclusão social e no desenvolvimento da autonomia do indivíduo (MAYNART; ALBUQUERQUE; BRÊDA; SALES JORGE, 2014).

A palavra acolhimento está relacionada ao ato ou efeito de acolher; oferecer atenção e consideração. O acolhimento psicológico é feito em momentos de urgência, quando a pessoa em sofrimento expressa sua dor e sua necessidade de cuidado. Por meio da compreensão do seu sofrimento e de seu dinamismo, é possível ajudar a compreender melhor sua própria dor e visualizar seus recursos e limites (FREITAS; MORETTO, 2014).

A escuta é uma habilidade de todos, mas essa se diferencia do acolhimento profissional. Na escuta acontecerá o ouvir, a compreensão e, muitas vezes, até solidariedade com o que está sendo dito, mas no acolhimento psicológico, além de apenas ouvir e compreender, é necessário desenvolver

---

habilidades de empatia, sem pré-julgamentos, visando o cuidado integral da pessoa (MAYNART; ALBUQUERQUE; BRÉDA; SALES JORGE, 2014).

O afeto é essencial, visto que este pode tornar-se um estímulo para a pessoa continuar em sintonia com os trabalhos realizados nas oficinas e também com os grupos que são realizados na instituição. Por meio do vínculo, a relação empática grupal se desenvolve, e, somente assim, o grupo transpassa para fases onde uma modificação na forma de se relacionar mais profunda torna-se possível.

A esperança de um herói-terapeuta, é frequentemente a causa estimulante que marca o início do tratamento do paciente. Essa esperança se origina da necessidade de auxílio e libertação, e nem sempre pode ser satisfeita pelo terapeuta. O terapeuta não é um mágico, um curador divino, mas sim um homem (MORENO, 1974, p. 22).

Para Fernandes (2003), o vínculo é definido como “uma estrutura relacional entre duas ou mais pessoas e também entre partes da mesma pessoa, situação onde ocorre uma experiência emocional (FERNANDES, 2003, p.3)”. Sendo assim, as relações trabalhadas e a expressão do sujeito necessitam de um vínculo com o grupo e com o terapeuta/ facilitador para a ocorrência de diálogos verdadeiros e com profundidade.

Os vínculos entre os diversos participantes e com o coordenador ocorrem principalmente através da comunicação verbal, mas são muito importantes também as outras formas de comunicação. É através da comunicação que podemos iniciar a pesquisa, que nos levará a associações importantes. Por exemplo, através de uma comunicação em tom de voz queixoso poderemos investigar o motivo desse tom e chegar a esclarecer, eventualmente, sobre alguma fantasia de perseguição em que o sujeito sente-se vítima de outro. Um olhar mais agressivo ou um jeito de sentar na poltrona sem relaxar poderia sugerir também algo importante para se pesquisar, assim como um ato falho ou um lapso cometido durante um relato (FERNANDES, p. 4-5, 2003).

A profundidade do grupo nas suas relações, promove união entre os participantes, tornando-os próximos, Rodrigues e Coutinho (2009) dizem que a profundidade do vínculo que se estabelece a partir do co-inconsciente propicia uma trama de tal ordem que coloca os participantes do processo em certo grau de contato e certo ritmo mental e emocional que promovem uma ligação nova, como uma “sinfonia”, logo, essa profundidade relacional promove um ritmo, uma união grupal suficiente para vir à tona o real expressivo do sujeito. É necessário compreender que essa profundidade é dinâmica mantendo-se em transformação ao longo do tempo e dos acontecimentos no grupo.

No grupo, optou-se por trabalhar com a espontaneidade, devido ao notado enrijecimento que há nas pessoas, que buscam sempre repetir os mesmos comportamentos automáticos. A criatividade e a espontaneidade geram mudanças internas tão significativas que provocam mudanças na forma de expressão (GUIMARÃES, 2011). Trabalhou-se de forma dinâmica e autêntica utilizando

---

diversas técnicas e materiais pensados para manter sempre um clima de novidade com os sujeitos da oficina, possibilitando um espaço para a criação espontânea.

Estimulando a espontaneidade espera-se despertar nos participantes do grupo uma vontade de tomar iniciativas em suas relações interpessoais. Blatner e Blatner (1996) dizem que o aumento da espontaneidade e da criatividade decorre de um relacionamento básico com o inconsciente que é de respeito, abertura e curiosidade prazerosa. Pensando nisso, ao longo do processo, foi desenvolvido atividades que trouxessem conteúdos inconscientes à tona. A princípio essa não é uma tarefa simples, inicialmente o grupo se encontra em uma fase superficial, em que é dito apenas aquilo que se acredita que o outro gostaria de ouvir. Conforme o vínculo se fortalece, essa cena se transforma de superficial para real, onde sentimentos ruins podem ser ditos sem censura, permitindo a livre expressão.

## **2. OBJETIVO**

O objetivo do presente artigo é apresentar um relato de experiência de como a arte facilita o acesso a conteúdos inconscientes e na formação de um bom vínculo, com um olhar atento para o paciente e não para a sua doença, em oficinas de arte expressão num contexto de CAPS-ad.

## **3. METODOLOGIA**

A escolha da instituição CAPS-ad se deu por meio do interesse da estagiária em se aproximar do contexto social, proposta oferecida pelo estágio de psicologia social/comunitária. Desde o início o grupo foi aberto para a participação de todos os pacientes, não havendo pré-requisitos para a participação.

Ao todo foram efetivados 21 encontros semanais, realizados as sextas-feiras, com duração de 1h e 30 minutos. Os encontros do grupo aconteceram em uma sala do CAPS-ad e foi conduzido pela autora do artigo e mais duas estagiárias de psicologia do 8º semestre. O grupo se manteve aberto e constantemente recebia novos integrantes. A assiduidade não foi cobrada em nenhum momento.

O grupo iniciou com apenas um paciente, mas aos poucos foi aumentando mantendo-se com uma média com 3 participantes em cada encontro. Os pacientes compartilhavam suas vivências e angústias, trocavam experiências a partir da fala de cada um.

Em cada encontro era proposto, pelas estagiárias, um tema disparador, que por meio da expressão artística buscava trazer para reflexão e discussão em grupo dos sentimentos e emoções temas inconscientes. Os participantes, por meio dos questionamentos e reflexões propostos pelas estagiárias, sobre suas formas diferentes de expressar e lidar com suas subjetividades, reconstruíam significados.

Durante as oficinas fez-se o uso da metodologia de rodas de conversas e técnicas de dinâmicas lúdicas, levando em conta a necessidade de compreender os aspectos individuais com uma visão ampla, a fim de entender a subjetividade do sujeito, sem excluir seu contexto, seus valores e sua história de vida, dessa forma, olhando para a pessoa e não para o seu vício (ou transtorno).

O grupo foi formado por homens e mulheres usuários da instituição CAPS-ad. Seu objetivo era promover reflexão e através dela fazer com que os participantes descobrissem formas mais adaptativas para lidar com suas queixas.

#### **4. DISCUSSÃO**

A evolução do grupo foi lenta e gradual. Foi visível a importância do estabelecimento dos vínculos, sem isso, as discussões teriam ficado rasas, superficiais e as transformações não teriam se tornado possível. Percebeu-se que os participantes se abriram mais e confiaram mais nos integrantes quando todos, de alguma forma, foram sinceros sobre si, revelando algo que era difícil expressar verbalmente sem se emocionar.

Tal vínculo foi trabalhado necessitando de supervisões onde as coordenadoras do grupo poderiam observar suas ações e dos demais participantes, identificando e desenvolvendo um olhar crítico para compreender a formação do grupo e ter como base a promoção desses vínculos, sem o uso de discurso de valor ou moral, até mesmo na forma não verbal, onde uma simples expressão facial poderia comprometer a segurança e confiança que foram criados no grupo.

Os pacientes do CAPS-ad sempre chegavam para os encontros demonstrando muita ansiedade e desejo de desabafar. Apesar do claro desejo de se comunicar, muitos tinham dificuldades e receio em fazê-lo. Ao serem acolhidos como eram, com suas dificuldades e suas limitações, aos poucos se sentiram mais à vontade e desenvolveram espontaneidade para falar, não sendo necessário tanto estímulo por parte das estagiárias. Muitas vezes, apenas por terem um momento livre para compartilharem suas angústias, os pacientes revelavam já sentir alívio.

*“Me sinto mais leve e aliviado por ter um espaço pra poder falar disso”.*  
(Paciente A).

A troca de experiências fornecida pelas rodas de conversa se mostraram muito rica para os pacientes. Juntos eles foram capazes de discutir e refletir sobre formas mais adaptativas para lidar com situações, sobre prós e contras de certas atitudes e pensamentos. Esse era o momento em que o papel de estagiária de psicologia se tornava mais ativo, na função de mediar as reflexões, levando-os a repensar seus papéis sociais e suas atitudes.

Quando o paciente L. explica aos novos integrantes o que é realizado nos encontros dizendo: “é um grupo que a gente conversa sobre a vida sabe, as vezes eu nem sei o que é, mas o que as meninas fazem aqui ajuda a gente” pode-se

perceber que as dinâmicas realizadas estavam sendo terapêuticas. Mesmo sem saber explicar com palavras qual a função do grupo, L. sentiu que ao expressar suas dores, angústias e alegrias sobre a vida, compartilhando-as, se sentia melhor.

A paciente J. explicou o funcionamento do grupo de outra forma para novos integrantes, dizendo: *“é um grupo muito bom, onde eu encontro espaço para falar dos meus medos e refletir sobre eles, além de rir e me divertir bastante com todo mundo”*.

É interessante notar que os pacientes tinham pensamentos e queixas comuns entres eles. Em muitos encontros trouxeram para a discussão dificuldade vivenciadas com os familiares e a dor que sentiam por esses não serem capazes de confiar neles. As reflexões sobre esses temas se mostraram produtivas para os pacientes, eles discutiam cooperativamente, cada um demonstrando seu ponto de vista. Quando davam sua opinião sempre era deixado claro que não era um conselho, mas sim a forma com ele via a situação, baseado na sua história de vida e valores.

O material produzido nas discussões foi bastante extenso, sendo apresentado aqui uma síntese das discussões do grupo de acordo com a tabela 1. Para preservar o sigilo, os nomes dos pacientes não serão expostos.

**Tabela 1: Síntese das atividades e discussões das oficinas de arte e expressão**

<b>Encontros</b>	<b>Datas</b>	<b>Participantes por encontro</b>	<b>Recurso artístico que despertou a discussão</b>	<b>Sínteses das discussões</b>
1º	11/05/18	A.	Elaboração artística livre.	Apresentação dos objetivos do grupo, dos participantes e dos objetivos que o levaram ao grupo. Visou a criação de vínculos.
2º	18/05/18	A.; G.	Músicas trazidas pelos participantes.	Refletir e discutir sobre as qualidades e defeitos pessoais. O grupo trouxe a discussão sobre a dificuldade de viver com pessoas que desconfiam deles o tempo todo e sobre o sentimento de culpa.
3º	25/05/18	A.; F.; I.	Roda de conversa; construção artística livre.	Momento para perceber suas ansiedades e emoções. Todos os participantes se mostraram muito ansiosos e emotivos no dia, novamente discutiu-se sobre a dificuldade de viver com



				a desconfiança dos outros.
4º	08/06/18	A.; F.; I.	Esculturas em massa de modelar.	Relaxamento corporal e aprofundamento das discussões. Os pacientes relataram suas percepções sobre como haviam melhorado, especificamente sobre a forma de agir e de se colocar para as pessoas.
5º	15/06/18	A.; F.	Criação de uma escultura grupal do processo que estavam vivenciando	Dinâmicas de expressão corporal. O grupo construiu juntos uma forma de expressar corporalmente como estavam se sentindo.
6º	22/06/18	A.; D.; J.	Dança; criação espontânea representando as emoções.	Os participantes trouxeram para discussão angustias familiares e medos relacionados a fazer uso de medicação (temor de se tornar dependente de outra substancia)
7º	29/06/18	A.	Roda de conversa.	O participante quis discutir sobre o desafio de ser aiséptico e sobre suas dificuldades matrimoniais.
8º	13/07/18	F.	Dramatização de situação específica.	O participante trouxe para a discussão grupal sentimentos de culpa e um desejo de não lembrar do passado.
9º	20/07/18			Devido a um temporal chuvoso, nenhum participante compareceu.
10º	27/07/18	D.; L	Roda de conversa.	Apresentação dos novos participantes e dos objetivos do grupo. Criação de vínculos e espaço para autoconhecimento. Os participantes trouxeram questões familiares para a discussão.
11º	03/08/18	D.; L.	Desenho livre.	Discussão sobre as formas de se expressar, as diferenças individuais e a necessidade de se expressar bem. Ambos se identificaram como retraídos e demonstraram desejo de

				mudança
12º	10/08/18	L.; D.; A.	criação espontânea da concretude emocional e sentimental.	Os participantes trouxeram para a discussão questões sobre persistir e perseverar. Falaram sobre a dificuldade que sentem e sobre a confusão mental que estão vivendo.
13º	17/08/18	L.	Roda de conversa.	Reflexão sobre as emoções e os pensamentos mais presentes no cotidiano. Paciente trouxe a tona desejo de mudança, mas resiste em tentar por sentir medo.
14º	24/08/18	L.; D.; R.; A.	Criação artística livre	Os participantes trouxeram para a discussão sentimentos e emoções difíceis de elaborar que haviam vivenciado durante a semana. Os integrantes se mostraram muito ativos e colaborativos, pensando juntos em formas mais adaptativas de reagir.
15º	31/08/18	L.; A.; D.	Música e dança.	O grupo discutiu sobre dificuldades familiares, questões sobre uso de substâncias e abstinência e sobre sempre viver com o medo da desconfiança dos outros.
16º	14/09/18	L.; C.	Desenho livre	Refletiu-se sobre autoconhecimento. O grupo pensou em coisas que gostariam de mudar em si mesmo se tivessem possibilidade.
17º	21/09/18	L.; D.; J.; J.	Escrita ou desenho livre.	O grupo conversou sobre medo. Discutiu-se sobre como enfrentar medos e as motivações para enfrentá-los.
18º	28/09/18	A.; L.; D.; J.; C.; J.	Roda de conversa	O grupo conversou e refletiu sobre medos, valores, conquistas e sonhos. Trouxeram para o grupo uma dificuldade em pensar em si sem pensar na drogadição como uma definição de quem são.

19º	19/10/18	A.; J.; K.; R.	Roda de conversa	O grupo discutiu sobre a dificuldade de mudar. Perceberam que são resilientes, por que diversas vezes chegaram “ao fundo do poço” e conseguiram de certa forma se reestabelecer. Os participantes conversaram sobre as qualidades que percebiam que cada um tinha.
20º	26/10/18	L.; D.; R.; L.	Desenho ou escrita livre.	O grupo conversou sobre o progresso e a evolução vivenciada no grupo. Discutiram sobre os anseios de finalizar o grupo e sobre a importância do CAPS-ad em suas vidas.
21º	09/11/18	R.; L.; K.	Roda de conversa.	O grupo deu um feedback para as estagiárias e uma avaliação de como foi todo o processo. Finalização com confraternização.

Fonte: Autoras (2019).

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho de grupos com temáticas sobre arte e expressão não é algo novo e inédito. No entanto, acredito que a exposição de uma experiência prática é capaz de explicitar a importância de um tratamento humanizado, com um bom acolhimento e estabelecimento de vínculos. A realização do trabalho mostrou a importância de sempre construir, desconstruir e reconstruir os papéis sociais.

Muitos dos pacientes que inicialmente se apresentaram como tímidos e retraídos foram acolhidos e reescreveram suas histórias, aos poucos superando suas dificuldades e receios em compartilhar seus sentimentos. O grupo foi transformador, sem necessitar de intervenções medicamentosas, apenas com um acolhimento humanizado, através do compartilhamento de conflitos pessoais, de sofrimentos, dores, alegrias e angústias.

No início, o grupo teve como dificuldade a assiduidade dos pacientes. Alguns foram apenas uma vez, outros compareciam sempre e outros com faltas frequentes. Porém mesmo assim foi possível perceber que o trabalho em grupo dentro do contexto de saúde pública e coletiva se mostrou muito importante e útil.

Do ponto de vista do aprendizado enquanto estagiária, foi bastante enriquecedor, não apenas para a formação profissional, mas também para o desenvolvimento pessoal, proporcionando maior desenvolvimento de

autoconhecimento, autocontrole e principalmente para o desenvolvimento do pensamento crítico e empatia para com o serviço de saúde social e comunitário.

Portanto, com as atividades de estágios, encontros dos grupos, reflexões desenvolvidas nas supervisões e com leituras bibliográficas, foi possível compreender que o meu papel na instituição foi o de promover reflexões, de fazer pensar, de pensar junto com o grupo, possibilitando ampliar o olhar enquanto psicóloga no cuidado e no modo de se fazer saúde.

## REFERÊNCIAS

ARCURI, Irene et al. (Org.). **Arteterapia de corpo e alma**. 3. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

BLATNER, A; BLATNER, A. **Visão Global do Psicodrama**: Fundamentos Históricos, Teóricos e Práticos. São Paulo: Ágora, 1996.

BORGES, F.G.A. **O papel do psicólogo comunitário**: análise de uma intervenção e propostas de atuação. Uberlândia: UFU, 2008. [Internet] Disponível em: <https://ssl4799.websiteseguro.com/swge5/seg/cd2008/PDF/SA08-20362.PDF> Acesso dia 10 de jun. 2018.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAUDE, **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [Internet] Disponível em: <[www.ccs.saude.gov.br](http://www.ccs.saude.gov.br)>. Acesso em 09 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAUDE, **Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. [Internet] Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-mental/acoes-e-programas-saude-mental/centro-de-atencao-psicossocial-caps>>. Acesso em 09 jun. 2018.

DEBRÉ, O. **A arte é um conhecimento?**. DROIT, R.P. (organizador). Le Monde Editions, Paris, 1993.

FERNANDES, W. J. **A importância dos grupos hoje**. *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 4, n. 4, p. 83-91, dez. 2003. [Internet] Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702003000100012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702003000100012&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 09 jun. 2018.

FREITAS, C. R.; MORETTO, C. C. Psicologia da saúde: o acolhimento humanizado na sala de observação de uma unidade pré-hospitalar. *Rev. SPAGESP*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 2, p. 77-93, dez. 2014. [Internet] Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-29702014000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702014000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 13 abr. 2019.

GUIMARAES, G. Q. Uma nova resposta ao conceito de Espontaneidade. *Rev. bras. psicodrama*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 135-142, 2011. [Internet] Disponível em:

---

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-53932011000100011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932011000100011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em 25 maio 2018.

LEVITIN, D. J. **A música no seu cérebro** – A ciência de uma obsessão humana. São Paulo: civilização brasileira, 2009.

MAYNART, W. H. C.; ALBUQUERQUE, M. C. S.; BRÊDA, M. Z.; JORGE, J. S. **A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial**. Alagoas: Universidade Federal de Alagoas, 2014. [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n4/1982-0194-ape-027-004-0300.pdf>. Acesso em 13 abr. 2019

MORENO, J. L. **Psicoterapia de Grupo**, São Paulo: Mestre Jou, 1974.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária e revolução passiva no Brasil**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. [Internet] Disponível em: <http://books.scielo.org/id/4ndgv/pdf/paim-9788575413593-14.pdf>. Acesso em 11 out. 2018.

PEREIRA, K. M .F.; NOGUEIRA, L. R.; LIMA, T. C. M. Nise da Silveira: uma metodologia na contramão. **ECOS: Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. V. 6, n. 2, 2016.. [Internet]Disponível em: <https://filosoficabiblioteca.files.wordpress.com/2017/10/pereira-nogueira-lima-nise-da-silveira-uma-metodologia-na-contramc3a3o.pdf>. Acesso em 12 de maio de 2019

REIS, A. C. **Arteterapia: a arte como instrumento no trabalho do Psicólogo**. *Psicol. Prof.* Brasília, v. 34, n.1, p.142-157, 2014. [Internet] Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932014000100011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000100011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 11 de maio de 2019

**REVISTA PORTUGUESA DE ARTE E TERAPIA**, Arte e vida. Campo Grande: *Sociedade Portuguesa de Arte e Terapia*. [Internet] Disponível em: < [http://arterterapia.com/wp-content/uploads/2013/09/REVISTA-ARTE-VIVA-3\\_ok.pdf#page=13](http://arterterapia.com/wp-content/uploads/2013/09/REVISTA-ARTE-VIVA-3_ok.pdf#page=13) > Acesso em 06 de jun. 2018.

RODRIGUES, R.; COUTINHO, E. Desatando e atando nós: uma técnica para grupos. **Rev. bras. psicodrama**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 131-139, 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-53932009000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932009000200011&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 09 jun. 2018.

---

## **A QUESTÃO DO ABORTO NO HOSPITAL PÉROLA BYINGTON: Necessidade de comprometimento social**

Naiara Diniz da Mota  
Graduanda em Serviço Social – UFTM  
naiaradinizdm@gmail.com

Isabela Monteiro da Fonseca de Oliveira  
Graduanda em Serviço Social – UFTM  
monteiroisabellaf@gmail.com

Isadora de Castro Aguiar  
Graduanda em Serviço Social – UFTM  
isinhacag@gmail.com

Sandy Gerolin Mota Araujo  
Graduanda em Serviço Social – UFTM  
sandygerolin\_ma@hotmail.com

### **1. INTRODUÇÃO**

A questão do aborto é um assunto cuja discussão é de extrema importância nos dias atuais, pois debater auxilia na caminhada para um consenso entre os dois lados deste tema. Segundo Débora Diniz e Marcos Almeida o argumento principal das pessoas que defendem a descriminalização desta prática é que haja respeito à autonomia reprodutiva da mulher e do casal. Já no caso de quem é contrário a este argumento, a base da defesa de ideias vai de encontro à heteronomia da vida, ou seja, a ideia de que a vida é sagrada por princípio (1998, p. 133).

Além disso, é possível levar em conta a desinformação por parte da sociedade que permeia o assunto a respeito dos casos em que a prática abortiva é permitida dentro da lei e dos casos que ocorrem para além, em que as mulheres se submetem a procedimentos inseguros em clínicas clandestinas. Essa falta de informação, ou ausência de argumentos sólidos, acaba fazendo com que não haja base suficiente para enriquecer as discussões e, com isso, acaba se distanciando de obter soluções plausíveis para o problema.

Apesar da grande circulação de fatos, ideias, opiniões e polêmicas, o aborto ainda é visto como um tabu por conta de envolver posicionamento moral e em alguns casos até religioso por parte de quem reprova o ato se embasando simplesmente em sua própria visão de mundo levando em conta até mesmo a vida do feto desde sua concepção em contraste a quem proclama pela legalização e defende a autonomia reprodutiva das mulheres e principalmente a vida delas, já que alguns dados comprovam uma taxa de mortalidade preocupante que serão abordados posteriormente.

---

Obviamente que, em destaque, como as maiores vítimas dessa lei ineficaz estão as mulheres pobres e negras que independentemente do que é, foi ou será considerado justo pelo Estado, procurarão serviços ilegais para abortarem. Com isso, acaba restando ao Estado lidar com os casos onde há necessidade de curetagem, ou seja, se houvesse uma política de informação sobre preservativos acessíveis e um serviço de aborto legal e gratuito disponível a todas, alguns gastos seriam até mesmo evitados. É bastante fácil, por meio deste raciocínio, concluir que trabalhar com a prevenção é bem mais coerente do que apenas proibir por meio da lei, pois independente do poder que ela exerce, os abortos continuarão acontecendo. Isso sem levar em conta que prevenindo a gravidez e descriminalizando o abortamento, também haveria alta redução nos casos de morte em decorrência dessa prática.

Tendo por base esses conceitos sobre o tema analisado, faz-se importante destacar também a contribuição do Hospital Pérola Byington na redução dos danos causados pela proibição do aborto por lei, já que a instituição mostrou-se muito grande nos últimos anos justamente por dar acesso a um serviço de qualidade nos casos de aborto considerados legais. Sabe-se que somente colocando o tema em reflexão é que ele poderá ser desconstruído, e para isso, portanto, é necessário buscar olhar para o aborto por diversos ângulos. O trabalho do Hospital Pérola Byington é um desses direcionamentos exemplares, pois além de ser extremamente importante, dá também outra perspectiva a quem acompanha esse trabalho e ajuda na desconstrução desse tabu para que mais a frente seja possível evitar milhares de mortes por conta da insegurança nesse tipo de procedimento.

De acordo com alguns dados coletados, no mundo estima-se que cerca de 55,7 milhões de abortos são realizados por ano e, desse total, 25,1 milhões são realizados de forma insegura. A cada 10 minutos uma mulher morre em decorrência de complicações advindas dessas práticas abortivas clandestinas. Alguns dados também mostram que países subdesenvolvidos possuem as taxas desse procedimento altas mesmo não contando com sua legalização, mostrando uma ineficácia em sua criminalização.

Já no Brasil, a legalização só se dá em casos de estupro (até a 22ª semana) envolvendo risco de vida da mulher e, recentemente foi adicionado a esta lista os casos de anencefalia (decisão de 2012 realizada pelo STF). Também há inúmeros registros de mortes por conta de procedimentos clandestinos, e são cerca de 250 mil internações no Sistema Único de Saúde (SUS); é estimado que de 500 mil a um milhão de mulheres façam o aborto de forma clandestina. Em relação aos gastos do país em 2017 com procedimentos pós-aborto no caso da curetagem (que é o procedimento mais comum) foi de R\$ 37,97 milhões de reais e com aspiração foi cerca de R\$ 1,56 milhões.

Uma pesquisa liderada pela Universidade de Brasília (UnB) e a Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), mostrou que o perfil das mulheres

que mais passam por procedimentos abortivos é composto por um índice de idades que variam de 20 a 29 anos, sendo elas católicas, com filhos, e usuárias de metodologias contraceptivas, geralmente pertencentes a uma união estável. Essa pesquisa desconstrói, portanto, a ideia de que a maioria das mulheres que realizam o aborto são adolescentes cuja estabilidade de vida estaria comprometida e este fato coloca em pauta que o que realmente faz a mulher recorrer a procedimentos abortivos não é o medo reafirmado pela sociedade ou desespero gerado por saber que sozinha criará uma criança, e sim é o simples fato de ter que lidar com um filho não planejado, o que abre assim uma possível discussão de quais são os fatores que levam a mulher a recorrer ao aborto.

O Hospital Pérola Byington, um dos enfoques a serem tratados neste trabalho, fica localizado no centro da cidade de São Paulo e é considerado referência nos quesitos que tratam questões do aborto legal, e é um exemplo de humanização principalmente no que diz respeito aos cuidados oferecidos às mulheres que o procuram. Entre os anos de 2010 e 2014, 65% dos casos de abortos feitos no hospital eram de mulheres adultas e 35% de crianças e adolescentes. A respeito destes 35%, o ginecologista e obstetra Jefferson Drezett, que foi diretor dessa instituição até o final do ano de 2018, afirma em uma entrevista que esses casos são de crianças e adolescentes grávidas de relações incestuosas.

É válido levantar a ideia de que mulheres cercadas de privilégios ligados ao financeiro conseguem abortar e já as que não tem acesso a esse tipo de recurso, morrem. As primeiras, ainda, procuram clínicas ginecológicas que oferecem serviços de aborto ilegalmente, mas que tornam o procedimento o mais seguro possível. No entanto, as pobres consideradas como maioria, recorrem a procedimentos completamente inseguros. Segundo Greice Menezes e Estela Aquino no estudo “Pesquisa sobre aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva” (2009): “As razões para a interrupção da gravidez incluem a falta de acesso a contraceptivos ou falha destes; preocupações socioeconômicas, como situação de pobreza, baixa escolaridade e desemprego; necessidade de planejar o tamanho da família, como o espaçamento entre filhos; falta de apoio do parceiro; riscos para a saúde materna ou fetal e gravidez resultante de estupro ou incesto”.

As práticas e procedimentos clandestinos levam mulheres negras a morrerem 2,5 vezes mais que mulheres brancas, fato que está diretamente ligado ao racismo institucional. Isso retoma a discussão de que não é só a questão de classe que afeta diretamente esse problema, visto que o acesso à segurança é negado principalmente às mulheres negras e pobres. Entretanto, não é somente a falta de acesso que deixa esse índice elevado, mas há também o fato de que mulheres negras abortam mais do que as brancas; segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) o índice de aborto provocado por negras é de 3,5%, o dobro do percentual entre as brancas que é de 1,7%. Portanto, além do racismo que acompanha essas vítimas, há ainda a discriminação por ter realizado o aborto.



---

Atualmente no Brasil, foi disponibilizado o Programa Saúde da Família (por meio do Sistema Único de Saúde - SUS) que visa socializar programas para a construção da saúde básica familiar. Essa disponibilização é um aspecto social positivo importante, porém não há como deixar de destacar que o programa poderia não se ater somente a saúde gestacional da mãe e se expandir para a prevenção da gravidez, já que muitas mulheres utilizam o aborto como forma de “planejamento familiar” justamente por não terem acesso à informação a respeito de métodos contraceptivos.

Os abortos feitos clandestinamente e de forma insegura acabam causando muitos danos à saúde da mulher, desde torturas psicológicas sofridas pelas mulheres que comprometem sua saúde mental, até aos problemas físicos decorrentes de complicações no procedimento por condições precárias do ambiente em que é realizado. Por fim, todos os problemas advindos de complicações do aborto recaem no SUS sobrecarregando o sistema com demandas que poderiam ser evitadas através da legalização.

Quando realizado em condições favoráveis o aborto é um procedimento seguro, porém se realizado de formas que coloque em risco a vida da mulher, ele se torna a quarta causa de morte materna no país. Vale ressaltar que este assunto, por conta desse fator, deve ser tratado como questão de saúde pública e de direitos humanos, e não como uma simples discussão banalizada sobre o que é certo e o que é errado.

## **2. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Analisando com base em todos esses dados é possível concluir que o aborto é uma questão de saúde pública, independentemente dos argumentos religiosos e retrógrados de pessoas que se posicionam contra a legalização dele, e ainda, que a única verdade incontestável presente é a de que centenas de mulheres morrem todos os dias devido a essa submissão a condições precárias e inseguras a qual precisam estar para realizarem abortos clandestinos. Abre-se a ressalva ainda de que independentemente de opiniões e argumentos dirigidos com base apenas na individualidade e em experiências que nada se assemelham com a dessas mulheres, elas vão continuar realizando o aborto, já que é uma decisão repleta de motivações pessoais que dizem respeito ao corpo e vida de cada uma delas.

Grande parte do abortamento no Brasil deriva da falta de acesso ao planejamento familiar, de espaços de diálogo, da falta de métodos contraceptivos normais e emergenciais, das falhas no uso ou uso inadequado desses métodos, além da ausência de acompanhamento realizado por parte dos serviços de saúde. Caso a descriminalização do aborto fosse realizada, seria necessário expandir informações para conscientizar e prevenir a gravidez.

A necessidade de abrir uma discussão sobre o tema, mostrando o quanto o Hospital Pérola Byington tem um papel importante na condução do aborto em seus mais diversos aspectos, se mostra extremamente necessária principalmente no momento complexo que o país vem enfrentando. O trabalho para a construção de um hospital que ouve e não criminaliza quem decide realizar o aborto é muito importante, além de mostrar que a forma de lidar com esse tipo de procedimento coloca em foco a importância de garantir os cuidados básicos para essas mulheres, e também, dar exemplo a outros hospitais que tem o aborto legalizado e que destratam a mulher que procura seus serviços, que por conta disso acaba optando por recorrer a procedimentos inseguros ou continuar com uma gravidez indesejada.

Sintetizando, a discussão desses tópicos importantíssimos que se ligam diretamente à nossa sociedade está caminhando em busca de uma possível abertura de diálogo, conscientizando as pessoas do quanto é importante debater os assuntos que estão interiorizados nessa discussão. Por isso, é necessário ressaltar que o aborto é um assunto de saúde pública; ressaltar também a importância de discutir políticas de conscientização a respeito do uso de preservativos para combate de DSTs; discutir a disponibilização e a garantia de acesso ao planejamento familiar. Por fim, buscar enxergar a mulher e o seu direito à saúde reprodutiva, e dar prioridade a vida das mulheres que são vítimas de um sistema misógino.

## REFERÊNCIAS

AUM, Heloisa. **8 dados chocantes sobre o aborto no Brasil que você precisa saber.** Disponível em: <<https://catracalivre.com.br/cidadania/8-dados-chocantes-sobre-o-aborto-no-brasil-que-voce-precisa-saber/>> Acesso em: 02.12.2018

BAIMA, César. **Quase metade dos 55,7 milhões de abortos anuais feitos no mundo são inseguros.** Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/sociedade/quase-metade-dos-557-milhoes-de-abortos-anuais-feitos-no-mundo-sao-inseguros-21879575>> Acesso em: 11.12.2018

BIRCHAL, Telma; FRIAS, Lincoln. **Aborto e biotecnologias.** Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/313473118/Telma-de-Souza-Birchal-e-Lincoln-Frias-Aborto-e-Biotecnologias>> Acesso em: 11.12.2018

BIRCHAL, Telma; FRIAS, Lincoln. **Aborto de fetos anencéfalos.** Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ethic/article/view/1677-2954.2009v8n1p19/18469>> Acesso em: 11.12.2018

BERALDO, A.; BIRCHAL, T.; MAYORGA, C. **O aborto provocado: um estudo a partir das experiências das mulheres.** Disponível

---

em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v25n3/1806-9584-ref-25-03-01141.pdf>> Acesso em: 11.12.2018

Caderno Sisterhood. **Mulheres negras e aborto: autonomia e liberdade.** Disponível

em: <[https://www2.ufrb.edu.br/negrascacs/images/Caderno/Caderno\\_versao\\_atual.pdf#page=75](https://www2.ufrb.edu.br/negrascacs/images/Caderno/Caderno_versao_atual.pdf#page=75)> Acesso em: 11.12.2018

CÁSSIA, Sávila. SOUSA, Heloísa. **“Aborto é a quarta causa de morte materna no Brasil”, afirma pesquisadora.** Disponível em:

<<https://www.brasildefato.com.br/2018/07/31/aborto-e-a-quarta-causa-de-morte-materna-no-brasil-afirma-pesquisadora/>> Acesso em: 02.12.2018

CERQUEIRA, Daniel; COELHO, Danilo de Santa Cruz. **Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados da Saúde (versão preliminar).** Nota Técnica. Disponível em:

<[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/140327\\_notatecniciadiest11.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/140327_notatecniciadiest11.pdf)> Acesso em: 11.12.2018

CÔRTEZ, Natacha. **“O Brasil abandona suas mulheres”, diz maior especialista em aborto legal.** Disponível em:

<<https://universa.uol.com.br/noticias/redacao/2017/09/28/aborto-legal-o-estado-brasileiro-abandona-suas-mulheres-jefferson-drezett.htm>> Acesso em: 02.12.2018

COLLUCCI, Cláudia. BARBON, Júlia. **Desigualdade pela renda e cor da pele é exposta em abortos de riscos no país.** Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2018/07/desigualdade-pela-renda-e-cor-da-pele-e-exposta-em-abortos-de-riscos-no-pais.shtml>> Acesso em: 02.12.2018

DAVIS, Angela. **Mulheres, Raça e Classe.** In:\_\_\_\_. Racismo, controle de natalidade e direitos reprodutivos. 1. ed. - São Paulo : Boitempo, 2016 Disponível em: <<https://coletivoanarquistalutadeclasses.files.wordpress.com/2010/11/mulheres-raca-e-classe-angela-davis.pdf>> Acesso em: 11.12.2018

de MELO, Dêlaine Cavalcanti Santana. **Aborto Legal e Políticas Públicas para Mulheres: intersecções, construção, limites.** Trabalho de Mestrado. Universidade Federal do Pernambuco. Recife, 2011. Disponível em: <[https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9477/1/arquivo6513\\_1.pdf](https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9477/1/arquivo6513_1.pdf)> Acesso em: 02.12.2018

DINIZ, Débora; ALMEIDA; Marcos. **Iniciação a bioética.** Bioética e aborto. Disponível em: <[http://www.portalmedico.org.br/biblioteca\\_virtual/bioetica/indice.htm](http://www.portalmedico.org.br/biblioteca_virtual/bioetica/indice.htm)> Acesso em: 11.12.2018

DINIZ, Débora. **Quem autoriza o aborto seletivo no Brasil? Médicos, promotores e juízes em cena.** Disponível em: <<https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0103-73312003000200003>> Acesso em: 11.12.2018

DINIZ, Débora. *et al. A verdade do estupro nos serviços de aborto legal no Brasil*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bioet/v22n2/11.pdf>> Acesso em: 11.12.2018

DINIZ, D; MEDEIROS, M; MADEIRO; *A Pesquisa nacional de aborto 2016*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>> Acesso em: 11.12.2018

DREZETT, Jefferson; PEDROSO, Daniela. *Aborto e violência sexual*. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v64n2/a15v64n2.pdf>> Acesso em: 11.12.2018

DINIZ; MEDEIRO; MADEIRO. *Pesquisa Nacional de Aborto 2016*. Revista ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, fev 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n2/1413-8123-csc-22-02-0653.pdf>> Acesso em: 04.12.2018

DREZETT, Jefferson. *Violência sexual contra a mulher e impacto sobre a saúde sexual e reprodutiva*. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/265087194\\_Violencia\\_Violencia\\_sexual\\_contra\\_a\\_mulher\\_e\\_impacto\\_sobre\\_a\\_saude\\_sexual\\_e\\_reprodutiva](https://www.researchgate.net/publication/265087194_Violencia_Violencia_sexual_contra_a_mulher_e_impacto_sobre_a_saude_sexual_e_reprodutiva)> Acesso em: 11.12.2018

dos ANJOS, Karla Ferraz. *et al. Aborto e saúde pública no Brasil: reflexões sob a perspectiva dos direitos humanos*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n98/a14v37n98.pdf>> Acesso em: 03.12.2018

FOLEGO, Thais. *Criminalização do aborto mata mais mulheres negras*. 20 de set 2017. Disponível em: <<https://azmina.com.br/reportagens/precisamos-falar-de-aborto-e-como-ele-mata-mulheres-negras/>> Acesso em: 03.12.2018

GALLI, B.; DREZETT, J.; NETO, M. C. *Aborto e objeção de consciência*. Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v64n2/a14v64n2.pdf>> acesso em 11.12.2018

GOLLOP, Thomaz. *Aborto por anomalia fetal*. Disponível em: <[http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/445/328](http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/445/328)> Acesso em: 11.12.2018

GOLLOP, Thomaz. *Porque despenalizar o aborto?* Disponível em: <<http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v61n3/a02v61n3.pdf>> Acesso em: 11.12.2018

LIMA, José Antônio. *Quem é a mulher que aborta?* Disponível em: <<http://revistaepoca.globo.com/Revista/Epoca/0,,EDG83220-6014-518,00-QUEM+E+A+MULHER+QUE+ABORTA.html>> Acesso em: 02.12.2018

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Aborto e Saúde Pública no Brasil: 20 anos*. Brasília – DF. 2009. Disponível em:

---

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_aborto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf)> Acesso em: 02.12.2018

MENEZES, Greice; AQUINO, Estela. **Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva.** Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2009.v25suppl2/s193-s204/pt/>> Acesso em: 11.12.2018

RODSTEIN, Camila A. Sardinha. **Descriminalização do aborto: A Saúde Pública.** Disponível em: <<https://camilasardinha.jusbrasil.com.br/artigos/170659566/descriminalizacao-do-aborto-a-saude-publica>> Acesso em: 02.12.2018

SAÚDE da Família. Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/saude-da-familia>> Acesso em: 03.12.2018

SILVA, Vera Lucia Mariani. **Aborto uma discussão ética.** Trabalho de mestrado. Universidade de Caxias do Sul. Disponível em: <<https://repositorio.ucs.br/xmlui/bitstream/handle/11338/786/Dissertacao%20Vera%20Lucia%20Mariani%20da%20Silva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 11.12.2018

THOMSON, Judith Jarvis. **Uma defesa do aborto.** Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-33522012000100008"pid=S0103-33522012000100008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-33522012000100008)> Acesso em: 11.12.2018

VARELLA, Dráuzio. **Aborto.** Jefferson Drezett. <<https://www.youtube.com/watch?v=M0JgvHELtqQ>> Acesso em: 02.12.2018

ZANELLO, Valeska; PORTO, Madge. **Aborto e (não) desejo de maternidade.** Acesso em: 11.12.2018

---

## **ABORDAGEM DA SAÚDE DA CRIANÇA EM UM CENTRO DE CONVIVÊNCIA INFANTIL: Relato de experiência**

Esther Vieira Soares  
Graduanda de Medicina – UNI-FACEF  
tezinhavsm@gmail.com

Giovanna Cordeiro Ferreira  
Graduanda de Medicina – UNI-FACEF  
gigicofe@gmail.com

Isadora Machado Pontes  
Graduanda de Medicina – UNI-FACEF  
Isadoramachadopontes31@gmail.com

Rafaella Gregori Perduca  
Graduanda de Medicina – UNI-FACEF  
rgperduca@gmail.com

Márcia Aparecida Giacomini  
Mestre em Promoção de Saúde - UNIFRAN  
Docente de Medicina – UNI-FACEF  
marciagiacomini@facef.br

### **1. INTRODUÇÃO**

No decorrer dos séculos, o papel da criança e a sua figura passou a ser vista com particularidades significativas que exigiram transformações sociais, econômicas e políticas. As crianças por anos foram tratadas como adultos em miniatura, sem nenhuma consideração pelos aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil, passando de propriedade familiar, permanecendo constantemente submetidas ao serviço e ao poder paternos, a ser biopsicossocial, com seus direitos, enquanto cidadão, delineados ao longo da história e garantidos por lei. (ARAÚJO et al.,2014)

Em 1990, criou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Instituído pela Lei 8.069, o ECA é um conjunto de normas do ordenamento jurídico que objetiva a proteção integral da criança e do adolescente, regulamentando seus direitos. Constantemente atualizado, o estatuto garante direito e proteção a vida e a saúde, além de prever punição na forma da lei para qualquer ato de negligência e/ou violência, ressaltando o dever da comunidade e do poder público em assegurar a criança. (BRASIL, 1990)

ART. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

ART. 5º Nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punido na forma da lei qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais.

ART. 7º A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.

Atendendo às exigências do Estatuto e intentando a promoção da saúde integral e o desenvolvimento das ações de prevenção e assistência, com o objetivo de promover o crescimento e desenvolvimento da criança em todo o seu potencial, estabeleceu-se uma Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Essa agenda constitui orientações para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança, cada qual dentro de sua área de atuação profissional, em toda e qualquer oportunidade, seja na unidade de saúde, no domicílio ou espaços coletivos, como a creche, pré-escola, escola e centros de convivência. Dessarte, a criança dispõe de um cuidado integral e multiprofissional. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

O planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais definem as prioridades para a saúde infantil de cada local, e permitem o estabelecimento de interfaces necessárias, com a articulação das diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade, tornando efetivas as intervenções para os diversos problemas da população infantil, contemplando o cuidado integral (saúde bucal, mental, oftalmológica, neonatal, pré-natal...) e permitindo o pleno desenvolvimento da criança. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

## **2. OBJETIVO**

Esse relato de experiência tem como objetivo, descrever a vivência dos estudantes de medicina e suas impressões sobre o atendimento à saúde da criança, num Centro de Convivência Infantil.

## **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, a partir de métodos observacionais, do tipo relato de experiência, desenvolvido no Centro de Convivência Infantil, no município de Franca, em uma terça feira do mês de outubro de 2018. Foi conduzido por alunos do 8º semestre de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-FACEF. Contou com a presença de um grupo de crianças entre 12 meses e cinco anos, pré-selecionadas pelos profissionais do centro infantil. A atividade correspondeu a consultas realizadas pelos alunos, sob

supervisão docente, com o objetivo de identificar queixas observadas pelos profissionais de ensino do centro de convivência, e dar início as medidas necessárias.

#### 4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

A grade curricular da disciplina Interação em Saúde na Comunidade proposta para os alunos do 8º semestre de medicina do Uni-FACEF, inclui um estágio com foco na saúde da criança e do adolescente. A partir dessa ideia, foi proposto pelos alunos, em conjunto com a preceptora, uma visita ao Centro de Convivência Infantil, escolhido por contemplar diferentes veículos de convivência e interação da criança.

Ao início da visita, fomos apresentados à coordenadora do local e profissional responsável por separar as fichas das crianças que iríamos atender. Em um primeiro momento, percebeu-se o comprometimento e cuidado dos profissionais do centro com o local e as crianças, o que foi comprovado ao constatar a qualidade das informações apresentadas através das fichas, e ao fazermos questionamentos específicos sobre cada caso, além da aparência e estado apresentado por cada criança atendida.

Uma vez que o objetivo da experiência era promover o contato dos estudantes de medicina com a saúde infantil de maneira integral, cada integrante do grupo atendeu uma criança selecionada, realizando sempre que possível: levantamento de queixas anteriores, outros acompanhamentos médicos, exame físico completo, além de um levantamento de condições familiares e sociais. Durante o atendimento, as crianças foram pesadas, medidas e passaram por exame físico completo, além de serem acompanhadas a partir das curvas de crescimento (peso, altura, índice de massa corpórea) desenvolvidas pelo ministério da saúde, e de desenvolvimento, com avaliação das características esperadas para cada idade.

Durante o atendimento, ficou claro a dificuldade de realizar-se o acompanhamento infantil sem um informante que convivesse diariamente com a criança e/ou informações que auxiliariam para o andamento da consulta. Problema parcialmente resolvido com a presença da diretora e professoras do centro, que contribuíram com informações necessárias para sanar as dúvidas e ressaltar queixas e comportamentos observados durante as atividades desenvolvidas no centro de convivência, que não seriam abordados pelos estudantes em uma consulta de rotina.

Segundo Porto (2014) a consulta pediátrica tem como objetivo o acompanhamento e desenvolvimento de um indivíduo que necessita ser atendido integralmente, posto que o âmbito físico, emocional e social interfere de maneira contundente na constituição orgânica e psíquica da criança, com consequências para toda vida. Destarte, a abordagem abrangente, depende diretamente das



informações concedidas por aqueles que convivem e acompanham a criança, uma vez que essa é diretamente dependente da família e o sucesso e a adesão ao tratamento dependem inteiramente da relação médico-família. (PORTO, 2014)

Sendo assim, a avaliação de todos os parâmetros de forma preventiva e curativa, viabiliza uma intervenção precoce e, conseqüentemente, uma diminuição das possíveis sequelas de um desenvolvimento deficitário e um aumento da qualidade de vida (PORTO, 2014).

Ao final das consultas, percebeu-se que todas as crianças atendidas eram eutróficas e com um bom acompanhamento da saúde de maneira geral, entretanto, foi possível inferir que cada criança apresentava uma área da saúde e/ou desenvolvimento deficiente, o que permitiu o questionamento da efetividade do atendimento de maneira integral na Atenção Básica de Saúde, e o acompanhamento com uma equipe multidisciplinar.

Entre os problemas encontrados pelos alunos, destacaram-se principalmente os possíveis problemas cognitivos e ou atrasos do desenvolvimento social, identificados durante o atendimento. Ademais, as informações familiares levantadas, como histórico de negligência e violência familiar, demonstraram a necessidade de um diálogo melhor entre a Atenção Básica e os veículos de ensino e convivência infantil, além de permitir o questionamento do impacto direto do ambiente doméstico sobre o desenvolvimento da criança.

A família tem papel fundamental na construção de vínculos, estímulos e cuidados necessários ao crescimento e desenvolvimento na primeira infância (nascimento até os seis anos de vida), sendo que, a qualidade desses cuidados físico e afetivo-sociais resulta das condições estáveis de vida, tanto socioeconômicas quanto psicossociais (ANDRADE et al.,2005).

No espaço familiar, a interação da criança com os adultos e outras crianças é o estímulo perfeito para o desenvolvimento de percepção e controle do comportamento, além de permitir a construção de um ambiente físico e social próprio e saudável, uma vez que, a família, qualquer que seja sua estrutura, desempenha o papel de interconexão na socialização da criança, elemento essencial para o desenvolvimento cognitivo infantil. Entretanto, paradoxalmente, além de proteção, a criança pode conviver com riscos para o seu desenvolvimento, em ambiente doméstico. Esses fatores estão diretamente relacionados ao baixo nível socioeconômico e à fragilidade nos vínculos familiares, podendo resultar em prejuízos para solução de problemas, linguagem, memória e habilidades sociais (ANDRADE et al.,2005).

A visita ao centro foi encerrada com os pedidos de encaminhamento para cada especialidade identificada como necessária, e o fortalecimento do vínculo entre o centro de convivência e a Unidade Básica de Saúde, responsável pela sua área de abrangência. Além de permitir aos alunos, a inserção no ambiente da Atenção Básica, possibilitando a discussão da importância de atividades teórico

práticas que capacitem o estudante para atuação na atenção primária, abrangendo todas as mudanças sociais, econômicas e políticas que atingem esse sistema de saúde.

De acordo com a nova grade curricular brasileira de ensino médico, se faz necessária a formação de profissionais generalistas e humanista, com capacidade crítica e reflexiva para atuar pautado em princípios éticos, no processo de saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção (promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde), visando a integralidade do atendimento (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014)

Isto posto, a inserção de estudantes em serviços de Atenção Primária à Saúde, vem sendo proposta e debatida, com o intuito de promover um aprendizado em consonância às necessidades da saúde da população. Para tanto, recomenda-se a introdução dos alunos em atividades práticas já no início do curso, com a utilização de diferentes cenários de ensino-aprendizagem vinculados às necessidades sociais de saúde, principalmente no SUS, nos níveis primário e secundário (MASSOTEI; BELISÁRIO; GONTIJO, 2011)

Portanto, a experiência, além de estar em concordância com o previsto pelo ministério da saúde, para a formação médica, traz à luz a reflexão sobre a integralidade e longitudinalidade do atendimento à criança como ser biopsicossocial.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência permitiu a conclusão dos discentes sobre a necessidade do acompanhamento integral da criança, além de uma abordagem longitudinal da equipe multidisciplinar da Unidade Básica, para assegurar a saúde e a vida infantil, como preconizado na literatura e previsto por lei.

Uma vez que, diversas queixas e comportamentos não são levantados durante uma consulta de rotina, a qual, não contempla a criança além do binômio saúde e doença, mostrou-se imprescindível um amplo contato entre os profissionais da saúde e educação, visto que, esse último consegue identificar de maneira precisa alterações de comportamento e sinais de negligência e violência que passam despercebidos pelos médicos.

Ademais, se faz necessária a presença de um profissional de saúde dentro do âmbito educacional, e de convivência e interação infantil, o qual permitirá uma identificação precoce, melhor controle e resolutividade das queixas relacionadas ao crescimento e desenvolvimento da criança.

## REFERÊNCIAS

---

ANDRADE *et al.* **Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil:** uma abordagem epidemiológica. Rev Saúde Pública, v.39, n.4, 6006-11, 2005

ARAÚJO *et al.* **História da saúde da criança:** conquistas, políticas e perspectivas. Rev Bras Enferm, v.67, n.6, 1000-7, nov-dez, 2014.

BRASIL. Lei nº. 8069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. **Lex:** Diário Oficial da União 16 jul 1990.

BRASIL, Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina.** Brasília: Ministério da Educação, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MASSOTEI; BELISÁRIOI; GONTIJO. **Atenção Primária como Cenário de Prática na Percepção de Estudantes de Medicina.** Revista Brasileira De Educação Médica, v.35, n.4, 445-453, 2011.

PORTO, C C. **Semiologia médica.** 7ªed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

---

## **ABORDAGEM SOBRE SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: Relato de experiência**

Natália Jácomo Auad  
Graduanda de Medicina – Uni-FACEF  
nataliaauad@gmail.com

Mariana de Lima Santos  
Graduanda de Medicina – Uni-FACEF  
marilsantos1316@gmail.com

Carolline Gabrielle Campos de Souza  
Graduanda de Medicina – Uni-FACEF  
ca.rol\_@hotmail.com

Márcia Aparecida Giacomini  
Docente de Medicina – Uni-FACEF  
marcia.giacomini77@gmail.com

### **1. INTRODUÇÃO**

A vida sexual entre a juventude da era atual tem se instalado cada vez mais precoce e, por isso, faz-se necessário discutir sobre sexualidade com os jovens para prevenir que algumas consequências se instalem de maneira inesperada em suas vidas. Alguns autores apontam que, devido ao início antecipado da vida sexual, somado a falta de informação a respeito deste assunto, a gravidez indesejada e a aquisição de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), são os principais desafios que muitos dos adolescentes necessitam enfrentar nos dias de hoje. (Unsupported source type (Misc) for source Pin15.)

Estes fatos tornam-se ainda mais preocupantes diante do vertiginoso índice de gestações entre a faixa etária de 14 a 20 anos, pois no Brasil estima-se que cerca de 20 a 25% do total das grávidas são adolescentes e que esse número tende a crescer cada vez mais em relação as mulheres adultas. (SANTOS, PALUDO, et al., 2010). Ademais, as meninas têm relatado iniciar a vida sexual mais cedo, sendo que 36% daquelas com idades entre 15-24 anos tiveram a sua primeira relação antes dos 15 anos (SANTOS, PALUDO, et al., 2010).

Esse fenômeno gera, portanto, uma enorme preocupação, pois gestações precoces podem levar a maior incidência de baixo peso ao nascer e prematuridade para o bebê; toxemia gravídica, infecções urogenitais mais recorrentes; anemia, pois a menina está em fase de crescimento e retardo do desenvolvimento uterino (COSTA e HEILBORN, 2006 ). Sem contar nos impactos psicológicos e sociais que esse grupo de indivíduos terão que enfrentar no cotidiano, visto que as mães mais jovens tendem a ser mais dependentes, menos confiantes,

mais depressivas, baixa autoestima quando comparadas às adolescentes que não têm filhos (Souza K, et al. 2007).

Pesquisas mostram, que a situação se agrava ainda mais quando essas jovens mães não tem um parceiro fixo, tem baixa escolaridade, vivem em zona rural e não possuem uma renda familiar elevada (Souza K, et al. 2007). Além disso, a falta de diálogo entre os educadores das escolas, pais e profissionais da saúde com os jovens tem se mostrado um fator preponderante para que a desinformação se instale e haja menos prevenção contra as IST's (Unsupported source type (Misc) for source Lop13.).

Segundo dados do DATASUS, em 2014, 636 casos de HIV foram diagnosticados em jovens menores de 20 anos (Unsupported source type (Misc) for source Pin15.). Todavia, há outras doenças passíveis de serem transmitidas pela via sexual, como o herpes genital, que acomete 40-60% dos jovens; tricomoníase, a qual afeta 170 milhões de casos em todo o mundo, em pessoas com idade entre 15 a 49 anos; entre outras doenças (BOTTEGA, 2016).

Nesse contexto, o apoio e a elaboração de projetos dos profissionais de saúde que visem educar, elucidar as dúvidas, conscientizar e até capacitar os professores e pais para dialogarem com esse grupo populacional de uma maneira mais aberta, faz-se uma alternativa importante para que os índices de contaminação sexual e de gestações indesejáveis decresçam nos dias de hoje.

## **2. OBJETIVO**

Relatar a vivência de estudantes de medicina ao discutir o tema sexualidade com um grupo de jovens estudantes para prevenir infecções sexualmente transmissíveis e gravidez precoce.

## **3. METODOLOGIA**

Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido por três alunas do 7º semestre de medicina do Centro Universitário Municipal de Franca/SP, auxiliadas e supervisionadas pela preceptora do grupo, com adolescentes da sétima série de uma escola pública, localizada no bairro Santa Teresinha no município de Franca/SP.

## **4. RELATO DE EXPERIÊNCIA E DISCUSSÃO**

A atividade foi desenvolvida por três alunas do sétimo semestre do curso medicina do Centro Universitário Municipal de Franca/SP, auxiliadas e supervisionadas pela preceptora do grupo, no módulo de saúde da criança, na disciplina de Interação em Saúde na Comunidade (IESC). A dinâmica adotada foi uma roda de conversa em pequeno grupo, com meninas na faixa etária de 12 a 14

---

anos, da sétima série de uma escola pública, localizada no bairro Santa Teresinha, no município de Franca/SP.

Durante a roda de conversa, as meninas foram organizadas em meia lua e foi entregue a elas um pedaço de papel e uma caneta para que todas escrevessem qualquer dúvida ou pergunta que tivessem a respeito de sexo ou gravidez. Em seguida, cada uma se apresentou com o seu respectivo nome e idade e todas puderam expor suas dúvidas de maneira livre acerca do tema.

Dessa forma, foi explicado a importância do uso de métodos contraceptivos como o condom (feminino e masculino), anticoncepcionais (oral e injetável), a fim de se evitar IST's e gravidez. Além disso, foi salientado inúmeras vezes que o único método que previne contra tais doenças se dá através do uso do preservativo (condom ou camisinha).

Inicialmente, as alunas estavam tímidas, devido à presença da professora da classe próxima a roda de conversa. Após a saída da docente, uma aluna, principalmente, iniciou seus questionamentos sobre ciclo menstrual, a partir de que idade as jovens estariam aptas a engravidar, como colocar o condom feminino e no que consistiam os anticoncepcionais e a "pílula do dia seguinte". Outras integrantes da turma relataram sobre a insegurança de dialogar a respeito de sexualidade com os pais e avós e até trouxeram questões de sofrimento, devido a rejeição paternal que enfrentavam.

Os jovens devem ser orientados, desde cedo, a se prevenir das IST's, por meio de um diálogo aberto, tanto em casa como nas escolas, para que eles expressem suas angústias e esclareçam dúvidas que os permeiam durante essa fase. Porém, tanto os familiares como os docentes têm se mostrado despreparados para abordar esse assunto (BESERRA, PINHEIRO, et al., 2008).

Esse fato, muitas vezes, se dá devido a maioria dos pais não ter conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis, sentirem-se envergonhados ou não se sentirem à vontade em falar sobre sexualidade com seus filhos, por enxergarem o sexo como um tabu (BESERRA, PINHEIRO, et al., 2008).

Por isso, os professores devem exercer o papel de orientar os jovens a manter uma vida sexual segura e saudável, para evitar que as informações sejam discutidas equivocadamente de jovem para jovem. Além disso, a escola como um ambiente acadêmico, tem por função, além de formar cidadãos, também fazer com que o público juvenil conheça mais a respeito das mudanças fisiológicas que acontecem com o organismo humano durante a puberdade e, sobretudo, respeitem a integridade física e moral dos diferentes gêneros (BESERRA, PINHEIRO, et al., 2008).

Vale lembrar, ainda, que o médico ginecologista exerce um importante papel na promoção e prevenção de uma vida sexual segura, durante a adolescência das meninas. De acordo com o Ministério da Saúde o profissional da saúde está

---

apto a realizar o atendimento na ausência da presença da mãe ou responsável, caso esta seja a vontade da jovem para que assim, ele tenha uma maior liberdade de sanar qualquer eventual dúvida, sem que haja constrangimento entre os familiares (FEBRASGO, 2017). Porém, é permitido que o médico quebre o sigilo, caso ele perceba comportamentos que ofereçam risco à vida da menor, como em situações de violência sexual contra ela, ideação suicida, entre outros (FEBRASGO, 2017).

## **5. CONCLUSÃO**

A adolescência é uma fase de descobertas, e a sexualidade faz parte desse processo de descobrir-se, porém pode tornar-se um problema, diante da falta de informação e orientação, acarretando complicações como uma gravidez precoce, o acometimento por IST e, até mesmo aspectos psicológicos que podem, posteriormente, interferir na vida adulta.

Nessa perspectiva, evidencia-se que a sexualidade ainda é pouco discutida entre o público juvenil, o que pode gerar graves consequências para o futuro desse grupo populacional. Pode-se notar que é um assunto muito polemizado, até mesmo relegado a um segundo plano, principalmente, entre pais e filhos.

Sendo assim, cabe aos educadores procurar maneiras de abordar tal tema nas escolas de maneira esclarecedora e aberta, para que todas as dúvidas desses indivíduos sejam elucidadas e, conseqüentemente, se evite as IST's e gravidez indesejada ou precoce.

Acredita-se que o conhecimento produzido na roda de conversa subsidie as adolescentes para suas escolhas futuras de modo seguro. Atividades dessa natureza também subsidiam o estudante de medicina no sentido de aprimorar habilidades na interação com adolescentes, prevenção de agravos e promoção de saúde.

## **REFERÊNCIAS**

---

BESERRA E; PINHEIRO P; ALVES M; BARROSO M. **Adolescência e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: Uma pesquisa documental.** 2008 julho: p. 32-35.

BOTTEGA AEA. **Abordagem das doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: revisão De Literatura.** 2016 Julho: p. p. 91-104.

COSTA T, HEILBORN M. **Gravidez na adolescência e fatores de risco entre filhos de mulheres nas faixas etárias de 10 a 14 e 15 a 19 anos em Juiz de Fora, MG.** Revista APS. 2006 jan/jun; 9(1).

FEBRASGO. **Sexualidade na adolescência,** 2017.

LOPES I. **Sexualidade na adolescência: Meios de prevenção.** 2013. Trabalho de Conclusão de Curso.

PINTO F. **Sexualidade na adolescência.** 2015. Trabalho de Conclusão de Curso.

SANTOS E, PALUDO S, SHIRO E, KOLLER S. **Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção.** Psicologia em Estudo. 2010 Jan/mar; 15(1).

SOUZA K. RIOSA A, C. L. W. A. A. A. **Gravidez na adolescência e impactos no desenvolvimento infantil.** Adolescência & Saúde, v. 04, n. 1ª, Fevereiro 2007.



---

## **APRESENTAÇÃO SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PARA UM GRUPO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR: Relato de experiência**

Ana Maria Gonçalves Oliveira  
Graduanda de Medicina – UNI-FACEF  
anamariagoliveira@gmail.com

Giovanna Cordeiro Ferreira  
Graduanda de Medicina – UNI-FACEF  
gigicofe@gmail.com

Isadora Machado Pontes  
Graduanda de Medicina – UNI-FACEF  
Isadoramachadopontes31@gmail.com

Rafaella Gregori Perduca  
Graduanda de Medicina – UNI-FACEF  
rgperduca@gmail.com

Jonas de Lara Fracalozzi  
Especialista em Medicina Fetal – FMRP-USP  
Docente de Medicina – UNI-FACEF  
jonaslara@facef.br

### **1. INTRODUÇÃO**

Em 2007, o Ministério da Saúde elaborou o Programa Mais Saúde: Direito de Todos, no qual uma das medidas propostas é a expansão das ações de planejamento familiar. A atenção em planejamento familiar implica não só a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção, mas também a oferta de informações e acompanhamento, visando uma escolha livre e informada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Assegurado pela Constituição Federal e também pela Lei nº 9.263, de 1996, o planejamento familiar é um conjunto de ações que auxiliam as pessoas que pretendem ter filhos e também quem prefere adiar o crescimento da família. Portanto, é um direito sexual e reprodutivo de todos e deve levar em consideração o contexto de vida do indivíduo e o direito de poderem tomar decisões sobre a reprodução (BRASIL, 1996)

O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, intentando um atendimento global e integral à saúde, com ações preventivas e educativas, garantindo o acesso a informações, métodos e técnicas contraceptivas disponíveis (BRASIL, 1996)

No Brasil, apesar do planejamento familiar ser de responsabilidade de todos os níveis de atenção em saúde, acaba por ser desenvolvido, principalmente, na Atenção Básica, através da Estratégia de Saúde da Família, permitindo aos

---

pacientes um maior controle e envolvimento com as ações de saúde, atendendo de maneira contundente suas expectativas e necessidades (PIERRE e CLAPIS, 2010)

A informação adequada em planejamento familiar é de fundamental importância, pois possibilita ao indivíduo conhecer métodos contraceptivos e fazer escolhas embasadas em dados concretos e confiáveis, de modo autônomo. A oferta de métodos anticoncepcionais para escolha consciente do paciente, leva a necessidade de se proporcionar ampla escala de opções, para escolha de forma segura e confiável, propiciando o método mais adequado, para as necessidades e particularidades de cada um (PIERRE; CLAPIS, 2010).

No Brasil, a Política Nacional de Planejamento Familiar inclui oferta de oito métodos contraceptivos gratuitos - injetável mensal, injetável trimestral, minipílula, pílula combinada, diafragma, pílula anticoncepcional de emergência, dispositivo intrauterino (DIU), preservativos - e também a venda de anticoncepcionais a preços reduzidos na rede Farmácia Popular, além do maior acesso a vasectomia e laqueadura, desde do ano de 2009 (GOVERNO DO BRASIL, 2012; GOVERNO DO BRASIL, 2011)

A esterilização cirúrgica voluntária como método contraceptivo através da laqueadura tubária ou da vasectomia tem cobertura obrigatória dentro dos seguintes critérios: capacidade civil plena; maiores de vinte e cinco anos de idade ou com, pelo menos, dois filhos vivos; apresentação de documento escrito e firmado, com a expressa manifestação da vontade da pessoa, após receber informações a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes; em caso de casais, a realização da laqueadura depende do consentimento de ambos os cônjuges expresso em documento escrito e firmado (BRASIL, 1999).

## **2. OBJETIVO**

Promover o contato dos estudantes com uma ferramenta de promoção de saúde com o propósito de esclarecimento dos casais sobre métodos contraceptivos e métodos de esterilização.

## **3. METODOLOGIA**

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, a partir de métodos observacionais, desenvolvido na Unidade Básica de Saúde do Jardim Paulista, no município de Franca, em uma terça feira do mês de outubro de 2016. Foi conduzido pelos alunos do 4º semestre de Medicina do Centro Universitário Municipal de Franca – Uni-FACEF. Contou com a presença de 20 casais cadastrados no programa de Planejamento Familiar da UBS e que possuíam indicação médica para a realização do procedimento cirúrgico de esterilização, além da participação da

psicóloga, assistente social e médico obstetra da UBS, responsáveis pelo grupo. Para tanto, utilizou-se como estratégia de ensino - aprendizagem uma apresentação preparada pelos estudantes e o docente com o auxílio do material utilizado na UBS, além de uma sessão de perguntas e respostas ao final da apresentação.

#### 4. RELATO DE EXPERIÊNCIA

Segundo um estudo realizado pela FIOCRUZ em 2012, com 23.984 mulheres e seus bebês, aproximadamente 45% das mulheres não planejam a gravidez e cerca de 30% não a desejam. (FIOCRUZ, 2012). Estudos como esse, ressaltam a importância do planejamento familiar, como ferramenta de ação e intervenção para redução desses números de maneira eficaz. Ação essa corroborada por estudos do Ministério da Saúde que indicam uma diminuição no número de gestações indesejadas, queda nos índices de abortos inseguros e, conseqüentemente, na mortalidade materna (GOVERNO DO BRASIL, 2011).

O programa de planejamento familiar resume-se a oferta de ações educativas individuais, ao casal e em grupo, e acesso a informações, métodos e técnicas contraceptivos disponíveis. Devendo ser realizadas de maneira integral e consistindo em: (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

- 1) aconselhamento - diálogo baseado em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie suas próprias vulnerabilidades, tome decisões sobre ter ou não filhos e sobre os recursos a serem utilizados para concretizar suas escolhas, considerando o que seja mais adequado à sua realidade e à prática do sexo seguro;
- 2) atividades educativas - têm como objetivo oferecer às pessoas os conhecimentos necessários para a escolha livre e informada. Propiciando a reflexão sobre os temas relacionados à sexualidade e à reprodução;
- 3) atividades clínicas - voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva. Devem ser realizadas visando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, e se inserir na perspectiva da atenção integral à saúde, evitando a fragmentação das ações.

Isto posto, os alunos, em concordância com o docente e profissionais da Unidade Básica de Saúde, escolheram executar uma atividade educativa para exposição e esclarecimento sobre possíveis dúvidas a respeito dos diversos métodos anticoncepcionais. A atividade iniciou-se com o cadastramento dos casais, e a confirmação de que preenchiam os critérios necessários para esterilização cirúrgica voluntária, realizando-se concomitantemente as entrevistas com a psicóloga e a assistente social, como preconizado pela lei.

Em seguida, foi exibida uma apresentação produzida previamente pelos acadêmicos, a qual abrangia desde a explicação breve sobre os aparelhos reprodutores masculino e feminino, passando pela apresentação das vantagens e

---

desvantagens dos métodos anticoncepcionais. Ao final da exposição, abriu-se espaço para as perguntas dos pacientes.

De forma geral, a pílula anticoncepcional e o DIU são os dois procedimentos mais procurados pelo público feminino no País. Somente em 2010, o governo federal adquiriu 49,3 milhões de cartelas da pílula anticoncepcional para distribuição e foram adquiridas 600 mil unidades de DIU no ano de 2011 (GOVERNO DO BRASIL, 2012). Esses consistem em métodos reversíveis de anticoncepção, e seus usos são amplamente difundidos, sendo assim, são os métodos mais conhecidos e que geraram poucas ou nenhuma dúvida nos pacientes participantes da atividade.

A anticoncepção hormonal, que engloba desde de contraceptivos orais até adesivos cutâneos, utilizando-se de hormônios sintéticos: estrógenos e progestágenos, apresentam como principal mecanismo de ação exercer influência no eixo neuroendócrino, alterando os mecanismos de feedback reguladores da estimulação ovariana (POLI et al., 2009). Alguns representantes dessa classe de contraceptivos apresentam eficácia semelhante e até mesmo maior que as cirurgias esterilizantes, como demonstrado pela imagem abaixo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

Durante a atividade, os alunos observaram uma lacuna no conhecimento, sobre os demais métodos contraceptivos menos invasivos e reversíveis, evidenciada pela quantidade de perguntas realizadas pelos casais ao término da apresentação, trazendo a luz o questionamento sobre a qualidade da consulta médica em relação ao seu papel de educação e esclarecimento da população.

Atualmente, o médico não exerce apenas o papel de diagnosticar e prescrever. Frequentemente, o médico se encontra diante da necessidade única de promoção de saúde e prevenção de doenças. (PORTO, 2014). Acumulando papéis, portanto, o médico torna-se responsável pela educação para a saúde, caracterizada pela transmissão de conceitos e conhecimentos que permitam ao paciente decisões centradas e adequadas a sua realidade, compartilhando com o médico a responsabilidade pela sua saúde, e fortalecendo a relação médico-paciente (AIRES, 2015; PORTO, 2014)

A atividade foi encerrada, com a fala do Obstetra sobre as cirurgias esterilizantes, e a ressalva de que os casais teriam tempo para refletir sobre a decisão, e explorar outros métodos contraceptivos reversíveis se assim desejassem.

**Figura 1: Eficácia dos Métodos Anticoncepcionais**

**Taxas de Gravidez Não Desejada por 100 Mulheres**

Método de planejamento familiar	Taxas de Gravidez no Primeiro Ano (Trussell <sup>a</sup> )		Taxas de Gravidez de 12 meses (Cleland & Ali <sup>b</sup> )	Chave
	Uso consistente e correto	Tal como usado comumente	Tal como usado comumente	
Implantes	0.05	0.05		0-0.9
Vasectomia	0.1	0.15		Muito eficaz
DIU de Levonorgestrel	0.2	0.2		
Esterilização feminina	0.5	0.5		1-9
DIU com Cobre	0.6	0.8	2	Eficaz
MAL (por 6 mees)	0.9 <sup>c</sup>	2 <sup>c</sup>		
Injetáveis mensais	0.05	3		10-25
Injetáveis só de progestógeno	0.3	3	2	Moderadamente eficaz
Anticoncepcionais orais combinados	0.3	8	7	
Pílulas orais só de progestógeno	0.3	8		26-32
Adesivo combinado	0.3	8		Menos eficaz
Anel vaginal combinado	0.3	8		
Preservativos masculinos	2	15	10	
Método de ovulação	3			
Método dos Dois Dias	4			
Método de Dias Padrão	5			
Diafragmas com espermicida	6	16		
Preservativos femininos	5	21		
Outros métodos baseados na percepção da fertilidade		25	24	
Coito interrompido	4	27	21	
Espermicidas	18	29		
Capuz cervical	26 <sup>d</sup> , 9 <sup>e</sup>	32 <sup>d</sup> , 16 <sup>e</sup>		
Nenhum método	85	85	85	

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2007).

## 5. CONCLUSÃO

A experiência permitiu a aproximação dos discentes com o programa de Planejamento Familiar, o que possibilitou a reflexão sobre a importância de ações eficazes para a redução dos números de gestações não planejadas e indesejadas, visando a promoção de saúde reprodutiva da mulher, homem e casal.

Além de permitir o questionamento sobre o papel do profissional de saúde no esclarecimento e educação do paciente, apresentando de forma clara e acessível para esse último, suas opções de escolha e evitando decisões que possam gerar arrependimentos futuros.

---

Ademais, se mostra necessária, uma melhor abordagem e execução das atividades educacionais, previstas pelo programa de Planejamento Familiar, uma vez que sem essas não é possível a realização das atividades clínicas e do aconselhamento de maneira eficaz, que contemple as necessidades e particularidades de cada indivíduo.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Caderno de atenção básica: saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010

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. **Lex:** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 jan. 1996.

PIERRE, LAS; CLAPIS, MJ. **Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.18, n.6, nov-dez, 2010

GOVERNO DO BRASIL. **SUS oferece oito opções de métodos contraceptivos**. 2012. [Online]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/03/sus-oferece-oito-opcoes-de-metodos-contraceptivos>>. Acesso em: 26 maio 2019

GOVERNO DO BRASIL. **Planejamento familiar**. 2011. [Online]. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/planejamento-familiar>>. Acesso em: 26 maio 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 48, de 11 de fevereiro de 1999. regula o parágrafo 7º da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Lex:** Diário Oficial da União, Brasília, DF.

FIOCRUZ. **Nascer no Brasil**. 2012 [Online]. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/nascerbrasil/>>. Acesso em: 26 de maio de 2019

POLI *et al.*, Manual de anticoncepção da FEBRASGO. FEMINA, v.37, n.9, set, 2009

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) E ESCOLA BLOOMBERG DE SAÚDE PÚBLICA. **Planejamento Familiar: Um Manual Global para Prestadores de Serviços de Saúde**. Baltimore e Genebra, 2007.

PORTO, C C. **Semiologia médica**. 7ªed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014

AIRES, JAC. **Educação para a saúde: qual o papel do médico de família**. 2015. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade De Medicina, Universidade De Coimbra, Coimbra, 2015.

---

## **AVALIAÇÃO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO POR ESTUDANTES EM UM SERVIÇO DA REDE PSICOSSOCIAL**

Amanda Rabay Rodrigues  
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF  
amandarabayr@gmail.com

Juliana Domenes Pereira  
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF  
juliana\_domenes@hotmail.com

Taynah Junqueira Lobo  
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF  
taynahjunqueira@hotmail.com

Patrícia Reis Alves dos Santos  
Docente – Uni-FACEF  
patreisenf@gmail.com

### **1. INTRODUÇÃO**

A saúde mental segundo a OMS não possui uma única definição oficial, pois diferenças culturais, julgamentos subjetivos e teorias relacionadas concorrentes afetam o modo como a "saúde mental" é definida. Saúde mental é um termo usado para descrever o nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional. Ela pode incluir a capacidade de um indivíduo apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica. Admite-se, entretanto, que esse conceito é mais amplo do que a simples ausência de transtornos mentais (SECRETARIA DA SAÚDE, 2019).

Associado com a concepção de saúde mental, o conceito de doença mental é entendido como um descontrole e uma perda do padrão de normalidade, aliados com a instabilidade emocional do paciente. Análogo a isso, a invalidez, ou seja, a incapacidade do doente mental de gerenciar a sua vida; também corrobora para esta definição (PREBIANCHI; FALLEIROS, 2011).

Na humanidade, o diferente sempre foi aliado ao preconceito e à intolerância. Durante muitos anos, na história da saúde mental, o modelo de tratamento era baseado no cárcere que mantinha os "loucos" presos e a população aparentemente segura, além disso, era centrado no hospital psiquiátrico e não no paciente e na comunidade (BRASIL, 2005).

Nos anos de 1970, iniciou-se um movimento de luta buscando revogar esses antigos conceitos. Esse movimento foi chamado de Reforma Psiquiátrica e foi defendida como um processo político que incidiu em territórios diversos e teve como base um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e

---

sociais. A reforma propôs um modelo de atenção comunitário que diminuiu a institucionalização e internação hospitalar dos doentes mentais (BRASIL, 2005).

A Reforma Psiquiátrica é considerada um divisor de águas, pois abriu as discussões para mudanças nos modos de cuidar e, por conseguinte, melhorou o tratamento aos doentes mentais (DELGADO, 2001).

O cuidado em saúde mental se dá de uma intrínseca relação entre os serviços de saúde, seus profissionais, o paciente e sua família, considerando as particularidades de cada contexto cultural, social e econômico. Porém, existe ainda a necessidade de melhorar o acesso e a qualidade da atenção à saúde mental os quais ainda são desafios que vêm sendo enfrentados diariamente (SECRETARIA DA SAÚDE, 2019).

Atualmente no Brasil, as ações em saúde mental estão organizadas dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS é composta por serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas (SRT), as Unidades de Acolhimento (UA), Comunidades Terapêuticas, os Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental, o Hospital-Dia, as Enfermarias Especializadas em Hospital Geral, os serviços pré-hospitalares de urgência como o SAMU e Unidades de Pronto Atendimento, o Hospital psiquiátrico, assim como a Atenção Básica (BRASIL, 2017).

O serviço do Hospital Psiquiátrico, incluído na RAPS, vem sofrendo alterações nas últimas décadas. O modelo hospitalocêntrico vem sendo substituído por serviços de base comunitária (WIERDSMA; MULDER, 2009). A reestruturação da assistência psiquiátrica envolve o fortalecimento das ações na Atenção Básica e CAPS, dessa forma, descentralizando o atendimento. No entanto, na abordagem ao paciente com transtorno mental, o hospital psiquiátrico também tem um importante papel, que apesar de não ser mais o centro da atenção em saúde mental, ainda é um recurso utilizado em situações especiais onde é necessário a internação do paciente como:

(...) para fins de diagnóstico; estabilização da medicação; segurança do paciente devido a ideação suicida ou homicida; e comportamento flagrantemente desorganizado ou inadequado, incluindo a incapacidade de cuidar das necessidades básicas, como alimentação, vestuário e abrigo (KAPLAN; SADOCK; RUIZ, 2017, p. 318).

Dentre as mudanças propostas na Reforma Psiquiátrica, ocorreu o estabelecimento das equipes de referência, responsáveis pela interdisciplinaridade entre profissionais e pelo vínculo entre profissional e paciente. Esta equipe é responsável desde o estabelecimento do vínculo, conhecimento das necessidades individuais de cada um, até a formulação e acompanhamento das ações do plano terapêutico, conseguindo dessa forma estabelecer os melhores caminhos dentro da RAPS (CHAGAS, 2012).



Neste contexto, para que consigamos estabelecer um projeto terapêutico assertivo ao nosso paciente, faz-se necessário primeiramente avaliá-lo, abordagem que deve acontecer em todos os pontos de atenção da RAPS.

A avaliação tem importância fundamental no diagnóstico e no tratamento do paciente. Em psicopatologia, a avaliação é realizada através de uma entrevista, a qual deve contemplar a anamnese e o exame do estado psíquico, mais conhecido como exame do estado mental (DALGALARRONDO, 2008). A entrevista, juntamente com a observação cuidadosa do paciente, é reconhecida como o principal instrumento, que não se direciona apenas a uma parte do corpo, e sim ao homem como um todo, englobando sempre questões orgânicas e funcionais.

Com uma entrevista adequada, o paciente passa a ver o médico como uma fonte potencial de ajuda o que facilita na obtenção das informações necessárias para auxiliar o paciente em seu sofrimento mental. Deve-se conquistar a confiança do paciente durante a avaliação, assim necessitando da escuta e da empatia por parte do médico, estabelecendo portando uma aliança terapêutica de apreço e respeito mútuo, fortalecendo assim a relação médico-paciente e o sucesso do tratamento (PORTO; PORTO, 2014).

Possibilitar ao estudante conhecer os espaços do cuidado e ter contato com o paciente e com as práticas desenvolvidas, contribuíram para a compreensão da importância da avaliação psiquiátrica ao paciente com transtorno mental. Isso nos motivou a apresentar essa experiência realizada em uma visita a um ponto de atenção da Rede Psicossocial.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

Trata-se de um relato de experiência, vivenciada por um grupo de estudantes do 3º ano de medicina, na disciplina de Interação em Saúde na Comunidade (IESC), durante a imersão em um ponto de atenção que compõe a Rede de Atenção Psicossocial.

O planejamento e a organização da visita tiveram como propósito conhecer um Hospital Psiquiátrico, ter contato e realizar uma avaliação junto a um paciente com transtorno psiquiátrico, buscando articulação teórico-prática.

O conteúdo teórico estudado previamente trouxe a temática da Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001; 2005), com intuito de analisar o indivíduo em sofrimento psíquico, refletindo sobre sua individualidade e direitos.

Conhecer o contexto de um Hospital Psiquiátrico possibilitou discutir e refletir o processo de desinstitucionalização ao longo dos anos até os dias atuais, assim como o papel desse serviço no cuidado ao paciente.

---

Para realizar o atendimento foi seguido os passos metodológicos da avaliação do paciente com transtorno psiquiátrico, que inclui a anamnese e o exame psíquico ou exame do estado mental.

### **2.1. A Avaliação do Paciente: Da Anamnese ao Exame do Estado Mental**

O paciente que tivemos contato é do sexo masculino, tem 21 anos e 75 kg, é pardo e solteiro. Encontrava-se internado há 9 meses, sendo esta sua 18ª (décima oitava) internação. A proposta inicial para a avaliação contemplava coletar dados sobre sua história e viabilizou obter uma vivência na prática de como seria avaliar um paciente psiquiátrico.

Diante do caso a nós apresentado, o “primeiro desafio” a ser superado era o estigma e o medo, já enraizado, relacionado a saúde mental. Superar esses desafios que nos foram impostos culturalmente, fez-se necessário para que mantivéssemos uma postura ativa enquanto futuros médicos diante da pessoa a ser entrevistada. Conseguimos visualizar o paciente psiquiátrico como uma pessoa comum que possui suas singularidades, necessidades, dificuldades e potencialidades.

Esse paciente nos relatou que sua primeira internação foi por conta de um surto. As 17 (dezessetes) reinternações foram por motivos diversos, como brigar verbalmente com a mãe e avó (SIC), ser agressivo com as mesmas (segundo dados do prontuário), e pelas alucinações que presenciava, sejam elas visuais (ver o menino que mais gostou na infância sendo degolado), auditivas (ouvir a mãe e avó vomitando no prato de comida dele), ou persecutórias (com a mãe e avó).

Assim como qualquer anamnese, a psiquiátrica deve conter todos os dados clínicos do paciente. Todavia, em razão das características da doença mental, deve-se ter certa cautela quanto a interpretação dos dados. Recomenda-se que as informações sejam colhidas de duas fontes distintas para auxiliar na sua fidedignidade, tanto do próprio paciente, como de seus acompanhantes e nenhuma das fontes é totalmente confiável. Os dados podem ser omitidos ou distorcidos de ambos os lados e eventualmente podem conter informações completamente contraditórias, às vezes atribuindo entre o paciente e seu acompanhante acusações mútuas. Análogo a isto, o entrevistador deve sempre se manter isento de parcialidade como também valorizar as comunicações extraverbais entre os depoimentos. (PORTO; PORTO, 2014).

A anamnese tem o objetivo de pesquisar os sinais e sintomas da moléstia atual para deduzir um diagnóstico e em seguida formular uma proposta terapêutica. Além disso, sua realização auxilia na construção de um vínculo que molda o relacionamento do paciente e do médico. Mais que em outras áreas o acompanhamento, o seguimento terapêutico é essencial no âmbito psiquiátrico.

---

O paciente que entrevistamos tinha como diagnóstico estabelecido a esquizofrenia. Sabe-se que a esquizofrenia é um transtorno de evolução crônica e, portanto, pode comprometer a qualidade de vida do paciente e de seus familiares. Dito isso, há uma necessidade de um acompanhamento de longo prazo deste paciente para que ele evite recaídas, que causam deterioração de seu funcionamento basal (SHIRAKAWA, 2000).

Para além da anamnese, a entrevista psiquiátrica também engloba outro aspecto da avaliação do paciente, o exame do estado mental, no qual deve contemplar elementos que exploram todas as áreas de funcionamento mental, tais como: aparência e comportamento, nível de consciência, atividade motora, fala, humor, afeto, conteúdo do pensamento, processo do pensamento, alterações na sensopercepção, cognição, raciocínio abstrato, insight e julgamento (KAPLAN; SADOCK; RUIZ, 2017; DALGALARRONDO, 2008).

Nosso paciente durante o atendimento encontrava-se com consciência plena, com boa aparência de acordo com sua idade e saúde e cooperativo. Ele se emocionou ao lembrar de fatos tristes e marcantes de sua vida e da família. Apresentava-se normovigil e normotenaz. Sabia fornecer dados de identificação pessoal, informar onde se encontrava, dia, mês e ano em que estava, com memória remota, recente e imediata preservadas, normotímico, afeto modulado, coerente, normoressoante, psicomotricidade normal, senso-percepção: sem ilusões e alucinações, curso do pensamento normal com conteúdo do pensamento significativamente delirante, normobúlico, insight prejudicado e julgamento preservado.

Na prática, os elementos são colhidos simultaneamente ao longo de toda a entrevista, levando em conta até o que o paciente está vestindo e sua apresentação. A maior parte das informações não necessita de perguntas diretas, podem ser obtidas a partir da própria observação em conjunto com as respostas do paciente, porém as perguntas direcionadas podem auxiliar e complementar o exame. Durante a elaboração das perguntas, deve-se ir categorizando os elementos do exame do estado mental e deve ser elaborada uma sequência lógica. Por ter sido nosso primeiro contato com o paciente, em conjunto a nossa falta de experiência na realização do exame, o processo se tornou uma dificuldade naquele momento.

Com a realização do exame do estado mental no momento da entrevista, foi possível articular a teoria com o que estávamos vivenciando na prática. Tivemos a oportunidade de acessar o prontuário do paciente, e conseguimos ter o comparativo entre o que o médico relatou e o que nós percebemos naquele momento, consolidando ou refutando as observações e dados coletados.

Não se consegue criar um vínculo com o paciente com apenas um contato, mas ainda assim conseguimos realizar uma entrevista minimamente adequada e vivenciar as diferenças entre uma avaliação tradicional, e uma avaliação

do paciente com transtorno mental, focada no exame físico geral, mas também com ênfase no estado psíquico do paciente.

### 3. CONCLUSÃO

A vivência em si contribuiu também para que vencêssemos o primeiro desafio, que é tanto superar os 'medos' que foram impostos culturalmente, como também prepararmos para uma postura ativa, que permita ver o paciente como mais do que apenas um paciente psiquiátrico, mas sim como uma pessoa com suas singularidades e necessidades. Com o estudo, conseguimos associar a prática à teoria em diversas situações, de forma a transpor para a vivência nosso conhecimento teórico acerca da anamnese e exame do estado mental, a um paciente com diagnóstico de esquizofrenia.

A oportunidade de realizar a entrevista em um paciente com sofrimento psíquico possibilitou compreender os aspectos envolvidos no processo saúde doença, e a potencialidade da coleta de dados na construção de projetos terapêuticos singulares e resolutivos.

### REFERÊNCIAS

BRASIL. SECRETARIA DA SAÚDE. Definição de Saúde Mental. Disponível em: < <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059> >. Acesso em: 20 de abril de 2019

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil*; Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. DELGADO, Paulo. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Diário Oficial da União - Eletrônico – 9 abr. 2001, Seção 1, p. 2.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 3.488, de 21 de dezembro de 2017. *Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências*. Diário Oficial da União, nº 245, 22 dez. 2017, Seção 1, p. 236.

CHAGAS, Wilson Eduardo Cavalcante. *Pacientes com Indicação de Internação Psiquiátrica: Perfil Clínico e Inserção na Rede de Assistência*, 2012; Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Médica em Psiquiatria) – Escola de Saúde Pública do Ceará, Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto, Programa de Residência Médica em Psiquiatria, Fortaleza, 2012.

---

KAPLAN, Benjamin J.; SADOCK, Virginia A.; RUIZ, Pedro. *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 11. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

DALGARONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PORTO, Celmo Celso; PORTO, Arnaldo Lemos. *Semiologia Médica*. 7. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

PREBIANCH, Helena Bazanelli; FALLEIROS, Gabriela Giacometti. *DOENÇA MENTAL: REPRESENTAÇÕES DE USUÁRIOS E DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE*. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 1, p. 33-41, jan./mar de 2011.

SHIRAKAWA, Itiro. *Aspectos gerais do manejo do Aspectos gerais do manejo do tratamento de pacientes com esquizofrenia*. *Revista Brasileira Psiquiatria*, v. 22, n. 1, p. 56-58, 2000.

WIERDSMA, A. I.; MULDER, C. L. *Does mental health service integration affect compulsory admissions?*. v. 90, n. 9, Ed. *Int J Integr Care*, 2009.

---

## **DEPENDÊNCIA QUÍMICA FEMININA: Perspectiva do serviço social**

Cledja Ferreira da Silva  
Graduanda em Serviço Social – UFTM  
cledjavv@gmail.com

Ana Laura Malachias  
Graduanda em Serviço Social – UFTM  
ana.malachias@icloud.com

Karine Alice Machado Florêncio Côrte  
Graduanda em Serviço Social – UFTM  
kacorte@gmail.com

Lara Serafim de Andrade  
Graduanda em Serviço Social – UFTM  
laraseandrade@gmail.com

Aldovano Dantas Barbosa  
Doutor em Serviço Social – UFTM  
professoraldovano@yahoo.com.br

### **1. INTRODUÇÃO**

O serviço social no Brasil surge e é inserido nas décadas de 1930-1940, em sua gênese ele se inicia na maturação do capitalismo, vida que essa maturação das expressões vem das expressões sociais, entretanto suas protoformas já existiam. Serviço Social manifesta-se com uma vinculação com a igreja católica, ele então surge como uma atividade ligada à igreja católica sobretudo ao movimento da ação católica na vista disso sua gênese é na perspectiva religiosa e conservadora e também dogmática.

Serviço Social com sua gênese também no capitalismo com a pratica também da filantropia e do amor ao próximo surge diante do clamor da classe operaria que se sentia em desigualdade impar perante o capital, bem como o Serviço Social nasce com um braço para o capital a igreja católica e o outro braço para a classe trabalhadora, assim sendo o Serviço Social tem seu engendramento na contradição da relação capital trabalho ora atende o capital ora atende a classe trabalhadora e fundasse através da igreja católica.

Em 1930, o Serviço Social Brasileiro surge há princípio para conter os movimentos aquietar o trabalhador, com uma identidade atribuída, ou seja, com uma identidade atribuída pelo capitalismo ao serviço social era por tanto construída de coerção intimidação, repressão era por tanto uma identidade forte capaz de resistir a um movimento do proletariado seja ele qual for, estado e igreja católica tinham grande e uma forte influência sobre o serviço social já que o mesmo surgira para a continuação do acumulo capitalista vigente da época em especial ao serviço social.

No Brasil devido ao contexto socioeconômico momento em que se tem o fim da segunda guerra mundial ocorre a aproximação do governo autocracia de Getúlio Vargas com o Estados Unidos passando por influência do modelo americano.

Com o processo de industrialização na década de 1930, e com também as grandes demandas das expressões da “questão social” no capitalismo monopolista, “questão social” que é no caso as desigualdades econômicas e políticas existentes no capitalismo, o Serviço Social surgiu em resposta a essas desigualdades das expressões sociais, não existe serviço social ligado apenas a igreja católica ou apenas ao Estado ou apenas ao mercado, na verdade é uma articulação dessas três entidades que dá base as questões sociais e logo ao serviço social.

A questão social não é senão as expressões do processo de formação de desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão. (CARVALHO, IAMAMOTO, 1983, p.77).

Ou seja, existe um desenvolvimento do Estado e, também das classes sociais, assim sendo aquelas medidas atenuantes da caridade e da filantropia já não davam conta de responder as demandas das expressões sociais na sociedade brasileira há então uma articulação para que aja uma contra reforma as demandas.

Ainda falando sobre a concepção do Serviço Social, no qual sofre também forte influência Franco-Belga, que não é uma perspectiva teórica e científica e sim doutrinária, tende por isso como base, a fé e o dogma é uma concepção de ajustar o indivíduo ao meio, essa de culpabilização da pessoa e de ajustamento do mesmo.

Portanto o trabalho do Assistente Social engendra um processo de ações coletivas nas esferas públicas e privadas, durante todo o seu percurso enquanto profissão o Assistente Social usa e usou de diversas formas de metodologia para que sua profissão de interventor fosse amadurecida. Entre 1930-1960, com a industrialização e consolidação do capitalismo iremos ter então um crescimento do proletário e logico um acirramento de conflitos de classes, logo a desigualdade é facilmente identificada, portanto a gênese desses conflitos ocorre entre capital X trabalho, tendo assim a questão social seu devido reconhecimento pelo estado que começara a desenvolver linhas de intervenção.

## **2. DEPENDÊNCIA QUÍMICA: Uma questão de gênero**

Hoje uma das preocupações a qual afeta o mundo é o uso e abuso de substâncias químicas, mobilizando assim estratégias e medidas cabíveis como

programas e tratamentos para o usuário de substâncias químicas. Observamos que a questão, antes hegemonicamente masculina, hoje é um grande problema para o público feminino, além do masculino, por se tratar de um vetor social e não de gênero. No entanto, a partir de análises bibliográficas podemos afirmar que é possível e urgente fazer um recorte de gênero para esta expressão da Questão Social.

Dito isso, é comumente compreendido que uso e a dependência química vem sendo uma problemática de nível nacional, na qual governos e seus governantes vem adotando um alto nível de pesquisas e políticas específicas a problemática das drogas, para planejar ações e intervenções para minimizar estas mazelas. No tocante as mulheres estão sendo desenvolvidos maiores debates sobre a demanda de mulheres usuárias de drogas, toma-se a consciência das particularidades do ser mulher e do ser homem: enquanto ser mulher já existe a dificuldade na sociedade machista essa dificuldade se estende quando se é mulher e, também dependente química.

Conceitua o machismo na sociedade a partir de uma relação de poder na dominação por parte do homem e uma submissão por parte da mulher que são passadas adiante por aspectos culturais. Na dependência química e no seu tratamento não são contempladas o universo feminino tornando esse tratamento uma objeção para a inclusão dessas mulheres ao tratamento cabe a mulher dependente química mais uma adaptação ao que já foi estabelecido e determinado quando se deveria ser ao contrario essa “adaptação” devera se transformar em adesão devera criar outras diretrizes para que se priorize essa demanda.

Para melhor abordagem da demanda é necessário ampliar pesquisas ampliar diretrizes e políticas públicas, é preciso dar singularidade e suporte a essa demanda tão complexa, demanda esta, que é preciso ser superada é preciso reintegrar essas mulheres na sociedade e essa sociedade precisa estar preparada para a inserção dessa mulher. Ou seja, a dependência química é também uma questão de gênero. As singularidades da demanda não estão priorizadas, o que, por sua vez, ocasiona um mal funcionamento desse tratamento e para a efetivação do mesmo, acrescenta-se a isso, o preconceito de gênero e as dificuldades em ser mulher em uma sociedade patriarcal.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A dependência química feminina e o seu tratamento é algo muito complexo e por isso é necessário uma atenção especial e requer que o Assistente Social se aprimore conforme as necessidades e as demandas, possa ser que todo e qualquer tratamento da dependência química tanto feminina quanto masculina não alcance conclusões perfeitas ou definitivas, porém é necessário compreender que as demandas dessa problemática existem e que precisam ser trabalhadas. É necessário que de alguma maneira passe motivação para essa pessoa que se



---

encontra em tratamento da dependência química, estar motivado já é um grande avanço. O resultado desse estudo aponta para o evidente desafio que é o problema das drogas, o estudo aponta ainda que o tratamento de mulheres dependentes químicas precisa ser melhor avaliada em sua singularidade e individualidade do se, e que no caso das mulheres já existe um contexto histórico que as coloca em situação desigual a dos homens.

## REFERÊNCIAS

CARVALHO, Lúcia de Fátima. **Dependência química em mulheres: um estudo sobre o consumo de medicamentos ansiolíticos no serviço público de saúde de Natal/RN**. 2001. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. CARVALHO. R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**. 1983.

LEAL, Mônica Brito do Rêgo. **Ser mulher e dependente química: adesão ou adaptação ao tratamento?**. 2009.

LUCCAS, Vívian Nara Bracco. **A delicadeza dos meus sentimentos: a dependência alcoólica feminina representada por homens e mulheres em processo de recuperação alcoólica**. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MACIEL, Silvana Carneiro; MEDEIROS, Katruccy Tenório. Mulheres usuárias de crack: Enfrentamentos e barreiras sociais. **Crítica e dialogicidade em psicologia social: Saúde, minorias sociais e comunicação**, p. 1-42, 2017.

TARGINO, Janine. Interfaces entre gênero e dependência química: trajetórias femininas. **Idéias**, v. 8, n. 2, p. 177-196, 2017.

---

## **ESTUDO SOBRE ADOÇÃO: O parto social tardio**

Gabriela Carletto Correia Brito  
Graduanda em Psicologia – UNI-FACEF

Sofia Muniz Alves Gracioli  
Docente – UNI-FACEF

### **1. INTRODUÇÃO**

A palavra adoção em nosso dia a dia é pouco usada e ouvida, vinda do latim *adoptio*, que significa “considerar, olhar para, escolher” (Weber, 1999, p.100), ela se encaixa perfeitamente em nosso vocabulário, onde o que mais encontramos são seres não escolhidos pela sociedade e que acabam sendo exilados.

São excluídos quando não participamos da comunidade em que estão inseridos como também não dando valor ao que acontece com eles diariamente. Números são ignorados se tornando repetitivos, distante da nossa realidade e conformismo de um mundo com muitos problemas não prestando atenção em vários deles.

Considerando a vida humana como um ciclo, nascer, viver e morrer, pode-se comparar ela a vida do indivíduo no sistema adotivo, onde ele entra, permanece e sai. Entretanto, a saída, assim como a morte, não depende dele em muitos casos e é nesse quesito que é proposto a mudança.

Majoritariamente no Brasil o perfil das crianças a serem adotadas não coincidem com o perfil desejado pelos candidatos, este desencontro vai se agravando com os anos causando a permanência das crianças no sistema até a maioridade.

Contudo, “Toda criança merece um novo começo”. Essa é a campanha do site <https://www.adocaotardia.com/> que vem com o propósito de promover e sensibilizar, assim como esse trabalho, os pretendentes sobre a adoção de crianças e adolescentes.

Sendo um tema recorrente que permeia a sociedade por estar se agravando e seus números a cada ano aumentando, o trabalho vem com a intenção de dar enfoque para aqueles não tiveram nenhum apoio e perspectiva voltada a eles durante sua vida e nas dificuldades que percorrem esse meio sofrido.

O objetivo do presente trabalho é revisar sobre como funciona a prática da adoção na vida de crianças e adolescentes e seus efeitos. O método usado será uma revisão bibliográfica crítica com o uso de artigos e livros.

---

## 2. ATO DE ADOTAR

A adoção possui vários paradigmas, fatores e consequências que a cercam tanto beneficiando como também prejudicando.

Pode-se citar fatores apresentados que levam indivíduos a adotar, leis que cercam o sistema e os efeitos de ser responsável por uma vida que já possui um passado.

Pereira (2007) define a adoção como “o ato jurídico pelo qual uma pessoa recebe outra como filho, independentemente de existir entre elas qualquer relação de parentesco consanguíneo ou afim”.

É pontuado dois tipos de adoção, a intrafamiliar onde os parentes biológicos que participam e demonstram interesse, podendo ser bem conturbada por conta de os interesses diante da adoção serem diferentes. E a extrafamiliar que se caracteriza pelo encontro de pessoas sem nenhum parentesco envolvido motivada pelo desejo.

Oliveira et al (2017) discorre sobre a perspectiva psicanalítica, onde a adoção, diferentemente do campo jurídico, é tomada como um modo de filiação singular e simbólica por meio do desejo de nomear um filho. O desejo assume lugar central, porque é por causa dele que uma criança ou adolescente pode tornar-se filho(a) destes ou daqueles pais.

Diante disso, decorre-se como o ato de adotar, a vontade, o desejo de ter um filho que vai muito além de jurisdição ou posse. É sobre a capacidade de envolver um membro que já foi deslocado para um reencontro com o ambiente familiar. Inserir-lo novamente em um contexto que ele foi desprovido quando criança, passando por orfanatos, lares provisórios e abrigos, dando-lhe uma esperança de que terá uma outra oportunidade de ser amado.

Atualmente todo processo de adoção passa pela justiça e sua estruturação não é tão ágil e adequada para suportar a demanda que essas crianças necessitam.

Burocracias no sistema prolongam os casos de adoção fazendo com que as crianças e adolescentes permaneçam mais tempo do que o devido e o previsto causando mais frustração em permanecer em um local que não é nada parecido com um lar.

Muitos processos ainda são lentos como por exemplo, o processo de destituição do poder familiar, onde crianças ficam até 5 anos em um abrigo por conta de certo abandono, maus tratos ou abusos vindos dos pais ou responsáveis por falharem em seus direitos e deveres em prol do bem-estar dos filhos menores. Assim, os menores ficam à espera da decisão judicial para entrar no sistema de adoção durante longos sofridos anos e os adotantes na espera da liberação para poderem adotar determinada criança e infelizmente não poderem.

---

Alguns dos fatores pontuados que levam pais a adotarem são a infertilidade, dificuldade de engravidar, desejo de formar uma família, vontade de ter um filho e ajudar uma criança.

No estudo realizado por Weber (2003), através da análise de 240 questionários respondidos por pais adotivos, de diversos Estados brasileiros, a principal motivação apresentada para a adoção foi a infertilidade.

Discorrendo sobre estes, a infertilidade sendo a mais notada, como também um sonho não realizado causa o que é um dos problemas pertinentes que assombra crianças e adolescentes. Perpetua-se em nossa cultura os padrões impostos pela sociedade do filho ideal assim, observando que a maioria dos perfis que a adotante busca no adotado não é a realidade encontrada.

O perfil preferencial majoritário que se encontra em gráficos fornecidos através de dados do Cadastro Nacional de Adoção (CNA) se enquadraria em um padrão de meninas brancas, menor de 3 anos que não compactua com a veracidade encontrada nos abrigos brasileiros, quando 70% das crianças aptas para a adoção possuem mais de 7 anos.

Essa dificuldade e irrealidade de encontrar a criança disponível para adoção que corresponda àquela família que pretende adotar é frustrante, e causa traumas nas crianças que não são vistas na sociedade como um filho desejado.

Maioria preferem crianças de pouca idade e com semelhanças físicas para se assemelharem com eles e terem a impressão de como é contemplar o que seria o mais próximo de uma gravidez além de não causar o desconforto de perguntas quando por exemplo o tom de pele é diferente. Apesar de serem dúvidas e casos recorrentes, acabam distanciando cada vez mais crianças se serem adotadas, pois um dia a mais no abrigo é um dia a menos em um lar.

Um dos paradigmas também envolvidos ao adotar é o olhar do outro, a aceitação cultural por trás. A adoção não é uma caridade, não é uma boa ação que vai te tornar melhor, adoção é um desafio, o sistema é bruto, assustador e muitos saem feridos. Adoção acima de tudo é sobre construir uma família, todos os ambientes familiares passam por um processo de adoção, de aceitação interna do filho e tudo o que envolve e vem com ele.

Outro fator também abordado é o desejo que se formar uma família. Recorda-se o que Freud (1930/2010) pontua em sua obra, O mal-estar na civilização, que a finalidade da vida humana é de buscar a felicidade. Todos estamos em volta a procura da grande e utópica felicidade, sejam quais forem os motivos que prevalecem em nossas vidas que nos influenciam a querer continuar a procurar e sonhar o que é fortemente pontuado nos casos de adoção é o quesito felicidade que esperam adquirir ao trazer um novo membro para a família.

---

A chegada de alguém é sempre um novo ar a ser respirado, a rica possibilidade de troca rica de informações e vivências como acima de tudo uma transferência de amor que todos almejam e esperam receber.

### 3. O PARTO SOCIAL

Existem diversos tipos de parto que a mulher ao engravidar e dar a luz ao seu bebê pode passar, como o parto natural e cesárea. Porém, de modo geral parto é um momento marcado pela vinda de uma nova vida que será inserida no contexto familiar. É um evento cheio de emoções a flor da pele e certamente uns dos mais marcantes que eu se vive ao longo da vida, que é o que classifica nosso nascimento no mundo.

Encontra-se também o parto humanizado o qual é o mais se assemelha com a proposta deste estudo. "Humanizar o parto é respeitar e criar com grande variedade [...]"(Largura, 1998).

Contudo, quando se trata sobre parto social seria exatamente nascer para a sociedade. Levar em conta que agora não são somados fatores históricos e biológicos no indivíduo e sim nas relações que os cerca. É efeito e causa da reestruturação da vida que já nasceu uma vez em ambientes em que a herança genética predominava e agora nascerá novamente sendo inserido de frente a sociedade predominando a escolha e vontade de integrar alguém em seu ciclo social e adotar para a sua vida.

Para Maldonato (1991), o momento de preparação para o parto e para a maternidade tem como uns dos princípios básicos " humanizar " o processo de nascimento, atualmente tão mecanizado e dissociado de seu contexto emocional.

Quando ele relata isso ele faz alusão ao parto que ocorre quando a mãe da luz a uma criança, porém podemos relacionar com o fato que ocorre dentro da adoção. Se vê que em um sistema burocrático que trata as crianças com tanta impessoalidade, é também um tratamento mecânico que não trata seres humanos como deveriam e sim como situações rotineiras, como materiais a serem descartados.

Tanto o parto natural quanto o parto social que demos o exemplo de ocorrer novamente na adoção é necessário o apoio do contexto emocional que qualquer indivíduo em desenvolvimento precisa para crescer.

No momento em que uma criança ou adolescente são adotados e retirados de uma instituição, a sociedade está dando a eles a oportunidade de ter novamente uma família, de se realocarem novamente a um estado de vida que por muito tempo ficaram desprovidos, e por assim dizer renascer novamente.

A adoção é um parto social. É uma decisão tão importante quanto engravidar e cuidar da gestação, e é de extremo cuidado sobre aquele que já

---

nasceu uma vez sob cuidado de outra pessoa, sob outros cuidados e ambiente, além de terem passado e vivenciado situações que outros filhos biológicos não foram sujeitos a passar.

Webber (1999) discorre sobre um pensamento de maturidade com o ambiente ao nosso redor encaixando com o tema de adoção “[...] uma reflexão sobre as próprias motivações, riscos, expectativas, desejos, medos, entre outros... significa tomar consciência dos limites e possibilidades de si mesmo, dos outros e do mundo”.

Ou seja, responsabilidade emocional com aqueles envolvidos a nossa volta. É o carinho, apego oferecido as crianças que constrói a relação pai e mãe, bem como ele, o fruto dessa família que acaba de entrar.

A adoção é um processo de inserção no ambiente familiar, de forma definitiva, de uma criança cujos pais morreram, são desconhecidos, não podem ou não querem assumir o desempenho das suas funções ou foram considerados inaptos pela autoridade competente (Freire, 1994).

A missão dos pais para o desenvolvimento vai além de fornecer uma moradia e alimentação para seus filhos. Para as crianças e adolescentes são a fonte de todos os conhecimentos, exemplos, moldes de uma vida cruciais para o seu progresso e adaptação em uma nova vida que agora começa.

Em nossa cultura encontra-se ainda uma visão de que paternidade é apenas vinda da mãe e do pai biológico, que essa ligação é só feita através de aspectos que são transmitidos pela gravidez e pelo dna, o que é uma mentira que precisa ser combatida e desenraizada. Paternidade e maternidade é sobre criar vínculos, laços de amor, afeto, carinho e comprometimento.

Santos (2008) diz que na teoria psicanalítica de Winnicott o ser humano não é apresentado como um objeto da natureza, mas sim como uma pessoa que para existir precisa do cuidado e atenção de um outro ser humano.

Conseqüentemente, dessa forma intensifica o amparo sob o indivíduo lhe dando mais respaldo que anteriormente era marcado com a frieza, exclusão e regras de uma instituição. A partir do momento que começam a se sentir seguros, suas perspectivas mudam.

Propondo uma analogia com o feto dentro do útero, que está acomodado, seguro, ele possui abrigo, alimento e amor tanto externo como internamente. Ao fim da gestação quando o ciclo termina, ele nasce tudo é novo estranho e repentino. Ele não consegue respirar, possui luzes, sons, estímulos antes nunca vistos e ele está assustado, porém quando surge ao encontro de sua mãe ele se acalma e tudo fica bem. O bebê reconhece o cheiro, o som de sua voz e encontra sua morada ao lado dela, e assim podemos comparar com a adoção.

A criança se encontrava em um espaço onde estava acostumada, onde tinha uma vida, uma rotina e é tirada dela. Após isso ela é levada para uma série de

---

infortunos eventos para no final se tiver sucesso ser resgatada ao encontro de sua nova morada, onde irá se reencontrar e sentir seguro novamente.

No entanto, é necessário ter consciência que a adoção não é um modo de resolução dos problemas, que tudo irá sair perfeitamente ao realocar uma criança em uma família, a adoção funciona como uma oportunidade, uma linha alternativa para a outra que foi interrompida.

### 3. OLHAR TARDIO

Com base na discussão nos últimos dois capítulos se vê uma visão geral sobre a adoção e suas dificuldades gerais, porém aprofundando os estudos diversas variáveis aparecem e uma delas é a idade que a criança e adolescente apresentam.

Essa questão se encaixa no perfil desejado pelos adotantes que preferem crianças pequenas ao invés de maiores e adolescentes. Com isto, só aumenta o fato de serem excluídos pela sociedade e o medo do abandono ocorrer novamente caso sejam adotados.

“A devolução chama muito mais nossa atenção porque se constitui como uma experiência que reedita o abandono” (GHIRARDI,2008).

A criança e adolescente já passaram uma vez pelo processo de adoção e não possuem esperança em participar novamente e isso reedita o abandono e só configura ainda mais a insegurança e a instabilidade emocional da criança e adolescente.

Já passaram por isso uma vez quando houve a ruptura com a primeira família, a sua de origem. Configurando casos onde na maioria das vezes seus direitos como criança e adolescentes foram violados.

Isso afasta o indivíduo e o deixa sem perspectiva de vida, destrói seu emocional já que com tanta pouca experiência de vida, já viveu e sofreu muito além do esperado e do vivenciado por outros de sua idade.

A partir do Código Penal Brasileiro (Brasil, 1940), o abandono passou a ser considerado crime. Porém antigamente o abandono era classificado igual a entrega de adoção, sendo este identificado como certa negligência onde o indivíduo é incapaz de cuidar de si mesmo e entrega para a adoção como sendo onde o seu filho irá para os futuros pais, os quais você já possui certa confiança.

A carência emocional existe e ao adotar uma criança ou adolescente se deve possuir consciência que muito do que outros em um patamar de sociedade já vivenciaram as crianças ainda não tiveram a oportunidade de vivenciar ou tiver pouco contato. Contudo, tudo possui uma primeira vez. Um primeiro abraço, carinho, primeiro afeto maternal e por fim uma primeira família.

---

Perante a lei depois de concretizada a adoção é irreversível e por isso existe o período de acomodação e adaptação. Na maioria dos casos a desistência ocorre quando o responsável detém da guarda provisório, mas mesmo que raro existem casos que mesmo depois da adoção finalizada haver desistência da guarda da criança. E nesses casos não existe outra alternativa, a criança não volta para familiares, parentes etc., ela infelizmente volta para o abrigo.

Segundo WINNICOT, (2008) a construção do sujeito emocionalmente saudável se dá desde o nascimento, através da mãe, ou de seu cuidador. Logo, uma criança que sofre interrupções em sua construção emocional irá apresentar algumas falhas em relação a isto. Dificilmente um indivíduo que foi privado de certas etapas de sua vida vai conseguir se envolver socialmente e desenvolver sua identidade social para conviver em sociedade.

Caracterizaram tipos de idades, duas delas são as cronológicas e as emocionais. A cronológica pela idade que a criança ou adolescente se encontra referente a sua data de nascimento relativo ao tempo real que ela está presente como ser vivo no planeta Terra, já a idade emocional é um pouco mais complexa quando abordada no viés deste estudo, pois vemos que as duas não coincidem.

A idade emocional relacionada a um desenvolvimento e maturidade ligado a sentimentos como por exemplo o excesso de preocupações e temperamento mais introvertido capazes de arruinar um convívio e até afastar pessoas. Assim como o lapso de tempo perdido que se encontra em adoções tardias de crianças e adolescentes mais velhos onde eles tentam recuperar experiências que nunca viveram e demonstram a diferença entre a idade cronológica e emocional de que tanto são carentes.

Suas preocupações recorrentes sobre o que iria acontecer com eles diariamente são além do esperado para uma criança. Muitos tiveram que amadurecer muito rápido para cuidar de seus irmãos, ser um exemplo para eles, esquecendo de si próprio como uma criança, para ser ponto de referência para outras. Um adolescente não tem preparo para cuidar de outros e ainda cuidar de si mesmo, pois se ele não faz esse papel, não tem quem faça.

De acordo com o artigo 41 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), adoção é o ato de atribuir a condição de filho ao adotado, que gozará dos mesmos direitos e deveres, inclusive relativos à sucessão e será desligado de qualquer vínculo com os pais e parentes, salvo se houver impedimentos matrimoniais (Brasil, 1990).

Ou seja, agora a criança e adolescente já não é mais o ser externo, não é o indivíduo entrando para conhecer a família, pois agora ele é da família. Não é indicado fazer determinações e subdividir em filhos biológicos e filhos adotivos, pois não se distingue perante a lei, não fazendo sentido separar também aos olhos da união e amor que o contexto familiar prega.



---

Steinhauer(1990) entende que uma criança, por ser adotada e por ter herança genética diferente da dos outros membros de sua família adotiva, tem uma condição “especial” que a torna um alvo particularmente vulnerável. Principalmente em momentos de estresse aumentado dos pais adotivos, há uma chance maior dela ser considerada causadora de todos os males e de ser alvo de rejeição.

Por isso, como já abordado anteriormente a importância de reforçar a cultura de não dividir os irmãos, não dividir filhos para não ocorrer problemas futuros que possam causar mal-estar no ambiente familiar e possivelmente na criança e adolescente adotado que irá se sentir como um incômodo, um intruso na família por ser indicada como a fonte dos problemas, quando nunca foi a intenção dele causar mais danos, sendo mais criticado e excluído pela realidade que já viveu e ainda vive.

São fatores como estes e outros acumulados ao longo de sua vida que muitas das vezes resultam em problemas, transtornos emocionais que atormentam os indivíduos durante toda a sua vida, alguns momentos não tão visíveis, entretanto em outros são sem esforço detectados

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Com base nos fatos e acontecimentos regidos aqui neste artigo analisa-se mais uns dos problemas que ocorrem no mundo e mais especificamente neste estudo o que o Brasil enfrenta.

Durante a elaboração do presente artigo algumas dificuldades foram apresentadas, como a falta de material para o tema sobre adoção tardia em crianças maiores e adolescente, e por conta disso mudou-se um pouco sobre o enfoque do artigo dando uma visão mais generalizada sobre o assunto.

Conclui-se como parte do objetivo ao realizar esse trabalho completo, a apresentação sobre o tema, publicação deste já é um começo para uma maior abordagem do assunto. Como também a própria ampliação de conhecimento, busca de soluções, engajamento, dedicação e carinho do autor acerca do tema adoção ao redigir esse documento.

Aborda-se em jornais tragédias, incêndios, meio ambiente, assassinatos, guerras, mas não vida. Oferecem notícias de mortos dos quais não podem mais cuidar e ignoram os vivos sem um teto para morar. Em guerras crianças ficam órfãs e são abandonadas e mesmo sem um sistema de adoção funcionando corretamente e ativo, elas precisam ser resgatadas. Precisam ser salvas da realidade sufocante delas que nenhum ser vivo deveria ser submetido. Esse estado em que vivem de negligência, sem cuidado adequado, exposto e abandonado. A natureza, um animal, o ser humano e muito menos uma criança não merece crescer assim e ser marcada desta maneira.

A adoção pode ser um problema, mas deveria ser a solução, a alternativa correta em meio ao caos para seguir uma nova vida, já que a antiga por inúmeros eventos chegou ao fim.

Por conta desses motivos se apresenta a importância de refletir sobre o assunto e aborda-lo. Diariamente o mundo se sobrecarrega com a quantidade de indivíduos nascendo e consumindo, porém como é visto, o cuidado necessário não é dignamente providenciado ocasionando falhas no sistema e em seus respectivos desenvolvimentos.

Ao longo da elaboração do artigo apontou-se a necessidades de mais políticas públicas promovendo o bem-estar da sociedade, com a criação e revisão de leis, otimização dos processos burocráticos, engajamento de causas sociais e ocasionar mais campanhas sobre esse tema.

Um dos fatores que analisamos para a falta de discussão sobre esse tema é a sua visibilidade. A sociedade não concede voz para os afastados, pois ele quer amenizar os danos e problemas afrontados pelos cidadãos não discutirem.

Quando a comunidade debate sobre o assunto causa agitação, descontentamento popular, indignação o que leva a reivindicação de direitos dos indivíduos e os deveres do Estado em proporcionar ao indivíduo o que é dele de direito, nesse caso, seu direito de vida.

A necessidade de maiores campanhas sobre o assunto é indiscutível para compartilhar mais sobre essa temática e alertar a sociedade assim como incentiva-la a auxiliar essa causa.

Diante disso manifesta-se a questão de que nesse tema seremos seres humanos ativos ou passivos? Iremos apoiar a causa ou ser indiferente a ela.

## REFERÊNCIAS

ADOÇÃO: opiniões, dados e ações. **Jornal do senado**, 2013. Disponível em < <https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/adocao/contexto-da-adocao-no-brasil/adocao-opinioes-dados-e-aco.es.aspx> > Acesso em: 15 de abril de 2019.

BRASIL (1940). Decreto-lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Dispõe sobre o Código Penal. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Decreto-Lei/Del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/Del2848.htm)

BRASIL. (1990, 16 de julho). Lei nº. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União.

FREIRE, F. (1994). **Abandono e adoção: Contribuição para incentivo de adoção II**. Curitiba: Terre dês Hommes.

FREUD, S. (2010). **O mal-estar na civilização**. In Sigmund Freud, Obras completas (Vol. 18, pp. 13-123). São Paulo, SP: Companhia das Letras. (Original publicado em 1930).

GONDIM, Ana Karen et al. **Motivação dos pais para a prática da adoção**. Bol. psicol, São Paulo , v. 58, n. 129, p. 161-170, dez. 2008. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0006-59432008000200004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432008000200004&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 abr. 2019.

LARGURA, ~anlta L. **A assistência ao parto Acreditamos que a chave da humanização no Brasil**. São Paulo: [s.n.J, 1998

LEE, Fu I; MATARAZZO, Eneida B. **Prevalência de adoção intra e extrafamiliar em amostras clínica e não-clínica de crianças e adolescentes**. Rev. Bras. Psiquiatr., São Paulo , v. 23, n. 3, p. 149-155, Sept. 2001 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462001000300007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000300007&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462001000300007>.

MALDONADO, Maria Teresa. **Psicologia da se oferecer à mulher orientações adequadas para gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1991.

MARIANO, Fernanda Neísa; ROSSETTI-FERREIRA, Maria Clotilde. **Que perfil da família biológica e adotante, e da criança adotada revelam os processos judiciais?**.Psicol. Reflex. Crit., Porto Alegre , v. 21, n. 1, p. 11-19, 2008 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722008000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000100002&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722008000100002>.

OLIVEIRA, Patrícia Aurília Breckenfeld Alexandre de; SOUTO, Jailma Belarmino; SILVA JUNIOR, Edivan Gonçalves da. **Adoção e Psicanálise: a Escuta do Desejo de Filiação**.Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 37, n. 4, p. 909-922, Dec. 2017. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932017000400909&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932017000400909&lng=en&nrm=iso)>. access on 15 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1>

PEREIRA, C. M. S. (2007). **Instituição de direito civil: direito de família** (16a ed.) Rio de Janeiro, RJ: Forense.

REALIDADE brasileira sobre adoção. **Jornal do senado**,2013. Disponível em <<https://www.senado.gov.br/noticias/Jornal/emdiscussao/adocao/realidade-brasileira-sobre-adocao.aspx>> Acesso em: 15 de abril de 2019.

SANTOS, Eder Soares. **A Teoria do Amadurecimento de D. W.Winnicott como Ciência Ôtica da Acontecência Humana** –apresentação do projeto de doutorado.<http://www.psicanaliseefilosofia.com.br/eder/doutorado.pdf>.17 de julho de 2008.

---

STEINHAUER PD. Adoption. In: Garfinkel BD, Carlson GA, Weller EB, editors. **Psychiatric disorders in children and adolescents**. Philadelphia: WB Saunders; 1990. p. 428-40.

WEBER, L. N. D. (2003). **Pais e filhos por adoção no Brasil**. Características, expectativas e sentimentos. Curitiba, PR: Juru

---

## **O USO E ABUSO DO ÁLCOOL EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS**

Leticia Martins Fernandes  
Graduanda em Psicologia – UNI-FACEF

Leticia Damasceno Metidieri  
Graduanda em Psicologia – UNI-FACEF

Isadora Muzeti Reis  
Graduanda em Psicologia – UNI-FACEF

Magaly Gomes Melo  
Graduanda em Psicologia – UNI-FACEF

Sofia Muniz Alves Gracioli  
Docente – UNI-FACEF

### **1. INTRODUÇÃO**

O estudo sobre o consumo exacerbado de álcool entre os jovens universitários é de grande importância social, pois na fase da universidade o indivíduo está vivendo um desenvolvimento do seu “eu”, ou seja, sua personalidade, sua profissão, os valores que quer levar com ele para a vida após a graduação. Podemos dizer que o indivíduo está vivenciando um momento de transcendência, fases de descobertas do que ele é capaz de realizar na sua vida, levando essas experiências para a sua formação enquanto universitário e em longo prazo um profissional.

O tema proposto irá abordar tópicos sobre a história da bebida alcoólica até os dias atuais, a interferência no organismo humano (visando o desenvolvimento cognitivo em jovens maiores de 17 anos), implicações profissionais, pessoais e sociais, problemas emocionais e interferências culturais e parentais relacionados ao álcool. Sobre tudo, esses assuntos serão de extrema importância para execução desse artigo.

Nos dias atuais este tema é retratado de maneira insignificante ocasionando uma sociedade que consome o álcool sem consciência das consequências que podem ocorrer. No Brasil, principalmente nas universidades, o tema da bebida é um fator que está ligado às questões a respeito das relações sociais, englobando diretamente assuntos como a diversificação das amizades e a pertencência e permanência em um determinado grupo.

O intuito desse artigo é revisar o quanto o uso e abuso do álcool em jovens universitários trazem consequências para o desenvolvimento social e psíquico. É um estudo que pretende ampliar a visão do ambiente acadêmico

---

universitário, pois se há uma preocupação com a juventude em nível superior, abrindo um questionamento de como será o futuro enquanto profissional dentro de uma sociedade que dependerá, direta ou indiretamente desses.

A metodologia do trabalho foi um primeiro momento revisão bibliográfica e em um segundo momento foi realizado questionário com perguntas abertas e fechadas com 19 questões, com estudantes do último ano dos cursos da Uni-FACEF 2019, disponibilizadas em um questionário online apresentado pelo Google Forms.

## **2. USO DE ÁLCOOL EM JOVENS UNIVERSITÁRIOS**

É importante recordar a história da bebida alcoólica na humanidade, na qual, pode ser considerada a droga mais antiga e comum nas civilizações. Segundo estudos de arqueólogos, químicos e de pessoas que se empenharam na história da humanidade, a “produção” da bebida alcoólica teve início no Neolítico por volta de 8 500 antes de Cristo, na China, dentro da qual, as primeiras porções alcoólicas continham um drinque feito de arroz, mel, uvas e um tipo de cereja, tudo fermentado (Laranjeira e Pinsky, 2000).

No Brasil, atualmente, o alcoolismo gera uma grande perturbação que pode ocasionar perda de emprego, separação, acidentes de trânsito, além de provocar problemas de saúde grave (de acordo com o site <https://www.minhavidacom.br/saude/temas/alcoolismo>). Contudo, o alcoolismo não vem sendo apenas relacionado aos adultos. Hoje são os jovens que começam a utilizar a bebida alcoólica desde cedo, podendo ressaltar que em questão de gênero, não há um uso exacerbado mais em um comparado ao outro, ou seja, as meninas bebem tanto quanto os meninos, mas os adultos fazem parte da influência de seus filhos no uso de álcool devido ao histórico familiar que permite grande estimulação destes vícios, na qual, se mostra necessário uma educação baseada nos cuidados e problemas de saúde que isto pode ocasionar.

Já nos Estados Unidos a lei muda com um controle constante de vendas de bebidas para menores, pois consideram que é uma porta de entrada para outras drogas. No Brasil não existe este tipo de controle, os jovens obtém fácil acesso para compra de bebidas alcoólicas, vivendo um mercado descontrolado com o direcionamento totalmente preocupado com o comércio que isto fornece.

De acordo com Laranjeira e Pinsky(2000) o uso da bebida alcoólica começa na adolescência com a presença de amigos e familiares sendo conhecido como “beber socialmente” estando relacionados com alegria, relaxamento e comemorações.

### **2.1. Diferenças Entre o Uso e Abuso do Álcool**

O uso de álcool sempre obteve uma visão positiva nas sociedades antigas e contemporâneas, isso pode gerar uma confusão em relação ao aspecto de doença ou patologia sobre o uso exacerbado do álcool, a população pode se tornar inconsciente e acabar fazendo o uso inadequado desta substância, em algumas culturas, por exemplo, é através de propagandas que álcool está relacionado a prazer, diversão e interação social, o que deveria na verdade orientar a população no uso desta.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) define o alcoolista como um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e econômico.

Assim o uso de álcool sempre está relacionado a comportamentos de risco, então o uso e abuso do álcool é uma porção de fatores entre eles são biológicos, sociais, psicológicos e principalmente familiares, pois a família tem a primeira e maior influência nos adolescentes e jovens, mas o fator que mais está ligado ao uso frequente é a dependência que esta bebida pode estabelecer, com a química inserida no álcool e as mudanças cognitivas e comportamentais que podem gerar em uma pessoa, isso pode levar a usar constantemente sem consciência dos perigos que pode causar devido a isso o álcool é considerado uma droga visto que ele mantém o consumo podendo provocar no sistema nervoso central a sensação de bem-estar, humor eufórico, labilidade afetiva entre outros, isso tudo leva o indivíduo a usar o álcool ou para uma interação social, ou para esquecer-se de seus problemas psíquicos.

Segundo Blum (9), a estruturação da chamada resiliência relativa aos fatores protetores está intimamente ligada à prevenção. Uma vez conhecido o que expõe um indivíduo ou um grupo a situações do chamado risco para determinado evento negativo e quando se sabe quais fatores podem reduzir tais eventos, é possível buscar estratégias que dirimam esse risco (9).

Deste modo, seria necessária uma intervenção das políticas públicas para orientar as famílias e os jovens nas consequências que o uso e abuso do álcool podem causar no organismo e na vida social do indivíduo.

## **2.2. Impactos da Ingestão de Bebida Alcoólica no Desenvolvimento Cognitivo dos Jovens**

A ingestão de bebida álcool durante o desenvolvimento cognitivo de um jovem pode ocasionar uma série de problemas, como: dificuldades saúde mental e baixa escolaridade. Como consequência, estudos revelam um baixo volume de massa cinzenta que é constituída pelo corpo celular dos neurônios que processam informações no cérebro, assim fazendo parte da massa cinzenta cada hemisfério é denominado córtex cerebral que é responsável pelas funções mentais mais

complexas como, por exemplo, o processamento de informações, controlando movimentos voluntários. No entanto o córtex cerebral é dividido em lobos, os lobos frontais são responsáveis pela questão motora, os lobos parietais são encarregados pela recepção, interpretação e ligação sensorial, os lobos temporais estão ligados à parte auditiva e os lobos occipitais estão encarregados pela parte da visão. Assim o álcool pode gerar, nesta parte cinzenta do cérebro, dificuldade na locomoção motora, visão borrada, fala arrastada, tempo de resposta retardado e danos a memória. Deste modo, o álcool é prejudicial ao cérebro.

A maioria parte das pessoas acredita nisso, mas as evidências mostram que de 50% a 70% dos alcoolistas apresentam problemas no sistema nervoso, contra 30% que reclamam de doenças no fígado. Os danos no sistema nervoso são devidos a uma ação direta do álcool nas células no cérebro provocando uma diminuição da memória na capacidade de raciocínio complexo, no julgamento de situações difíceis etc. (LARANJEIRA; PINSKY, 2000, p. 25).

Sendo assim, o estudo será feito com jovens universitários que ingerem bebidas alcoólicas, bebendo socialmente e abusando constante destas drogas em festas universitárias entre outras, podendo acrescentar também o fato de que estes jovens são completamente influenciados pela família e amigos sendo, muitas vezes, pressionados. Buscando no uso do álcool uma solução de problemas psicológicos como: depressão, ansiedade, fracasso escolar, baixa autoestima e, por conta disso há o aumento principalmente de suicídios entre os universitários, sendo também, responsáveis por crimes violentos como, por exemplo, o estupro.

### **2.3. Influências do Álcool no Desenvolvimento Escolar**

Antigamente o uso de álcool era utilizado em apenas comemorações, por pessoas consideradas maiores de idade, diferentemente, hoje o número de adolescentes e jovens que ingerem bebidas alcoólicas aumentou absurdamente. De acordo com as pesquisas estabelecidas o uso de álcool começa a partir do 14 anos, em que alguns admitem ter influência dos pais e amigos. Já outros jovens não fazem o uso devido a proibição dos pais ou por não gostarem.

Em um levantamento nacional brasileiro sobre o uso de substâncias psicoativas (SPA) realizado em 2001 nas 107 maiores cidades do país, registrou-se que 48,3% dos adolescentes entre 12 e 17 anos já utilizaram o álcool na vida e 5,2% já são dependentes (Carlini EA, Galduróz JCF, Noto AR, Nappo SA, 2002). Isto é, relacionando ao que foi citado anteriormente tem-se provado o uso prematuro do álcool atualmente.

A bebida alcoólica pode gerar uma dependência ocasionando problemas como o baixo desempenho escolar. O uso da mesma é propício em momentos de diversão principalmente em festas e comemorações, assim pode-se relacionar esse fator com o interesse escolar se demonstrando mínimo e provável de



acarretar uma série de problemas dentro do contexto estudantil, afetando a não preocupação com o futuro profissional do jovem além de problemas no desempenho.

De acordo com as pesquisas a frequência de consumo de bebidas alcoólicas e o não cumprimento das tarefas podem perceber que apesar de não ter significado entre as variáveis, os estudantes estavam consumindo bebidas em quase todos os finais de semana.

Outra grande influência sobre os jovens do uso de bebida alcoólica são as propagandas, relacionando com aspectos de sexualidade, alegria, sucesso e principalmente exacerbando a falta de responsabilidade.

Portanto, através de pesquisas e informações é nítido o quanto o jovem é afetado pelo abuso do álcool em diferentes áreas de sua vida, onde podemos citar o contexto escolar e universitário. Todos têm consciência dos riscos que correm ao fazer o uso da bebida, mas com a pressão que sofrem ou por problemas psicológicos e agravantes de dentro de casa, eles passam a encontrar um refúgio enganoso na bebida.

Assim são necessárias intervenções educativas feitas por professores nas escolas e universidades sobre hábitos saudáveis, além de relacionar os grandes problemas do uso desta droga no início da adolescência, mas o papel principal é o da família que influencia este uso inadequado e também a respeito dos limites e proibições.

### **3. CONSEQUÊNCIAS DO ABUSO DE ÁLCOOL: Psíquico e Social**

O excessivo consumo de bebidas alcoólicas nos traz vários problemas a saúde física, emocional e social. Isto está totalmente interligado a quantidade e a frequência em que o álcool é consumido por aquele determinado indivíduo.

O consumo do álcool está relacionado à vida social do indivíduo, se tornando um hábito de lazer frequentar bares e consumir bebidas alcoólicas o que aproxima e distancia as pessoas ao mesmo tempo, uma distração que se torna prejudicial para a vida em sociedade (DA SILVA, 2014).

De acordo com Alcoolismo (2018), diversos motivos podem levar uma pessoa a beber compulsivamente, como crise econômica, frustrações na vida afetiva, desemprego e problemas emocionais. Tais fatores podem levar uma pessoa a buscar refúgio em bebidas alcoólicas como se fossem a solução para qualquer problema.

Embora na maioria das vezes esse uso seja apenas experimental, é possível notar padrões que refletem comportamentos observados na vida adulta e que podem ser indicativos da necessidade de estabelecer medidas preventivas nessa etapa de desenvolvimento (TAVARES, 2001, p. 15).

### **3.1. Consequências Sociais**

A vida das pessoas que convivem diariamente com indivíduos que abusam da bebida é bem difícil com consequência muito negativa para o parceiro/a e seus filhos. Os danos que o álcool pode trazer a família são: físicos, emocionais e financeiros. Vale salientar também o surgimento de violência no lar e os acidentes domésticos em decorrência do uso de álcool no contexto familiar. Nota-se, assim, que o consumo de bebidas alcoólicas pode prejudicar a relação entre pais e filhos e entre marido e mulher, desgastando o bom funcionamento da casa como um todo. Às vezes até sendo negligente com a família. Também existe a dificuldade de ficar em um emprego, por estar sempre com ressaca e não conseguir desempenhar as suas funções. Esta pessoa tem muitos “amigos de copo”, mas são poucas pessoas que conseguem ficar ao seu lado. Um modo de modificar isso quanto o abuso já é uma dependência é pedir ajuda, recorrer aos Alcoólatras Anônimos, o CVV (centro da valorização da vida) e centros de reabilitação.

Existe uma grande diferença entre beber e ser um alcoólatra, alguns sinais que podem mostrar isso como: consumir uma quantidade superior e maior quantidade de tempo para beber, mostrando um desejo persistente e impulsivo de precisar da bebida, ocupando um lugar de importante de prioridade e necessidade, começa a aparecer sintomas de abstinência física e por fim um prejuízo na vida pessoal. Uma consequência disso, é que as pessoas se tornam mais competidoras e agressivas, gerando diversos problemas no âmbito social porem principalmente na família e parceiros. Um grande problema social é os acidentes de transito, onde o indivíduo prejudica a vida de varias outras famílias, ou ate a morte de alguém. (CISA, 2019)

A fase em que os adolescentes entram na universidade, ainda é uma fase de muitas perguntas sem respostas, que precisamos sair das asas de nossos pais e começarmos a responder por nossas próprias ações, se desprendendo do seu mundo infantil, e começando a ser adulto. Entende-se que as mudanças psicológicas e corporais levam a uma nova relação com os pais e o mundo, o que pode significar que seu mundo interno fica caótico. Sendo assim, fatores como esses ajudam o jovem a não olhar para a bebida como um diluidor de aflições e refúgio para seus problemas (TEIXEIRA, 2007).

### **3.2. Influências do âmbito familiar nos jovens universitários**

Entre os fatores que mais influencia o uso e abuso em jovens universitários, é a influência dos pais e da família, pois a família é o primeiro contato social que o indivíduo obtém através deste meio o mesmo internaliza processos morais e juízo de valor.

De acordo com a psicóloga Mariana Sanches, pesquisadora do GREA, assim como um jovem pode se interessar por esportes, inspirado pela prática dos

pais, também pode desenvolver uma relação nociva com a bebida diante ao mau exemplo vindo de casa.

Desta maneira os pais devem oferecer exemplo aos seus filhos, pois exercem grande influência nas atitudes realizadas por eles, mas existem outros fatores que se relacionam com o uso da bebida dentro do contexto familiar como o baixo nível socioeconômico, baixo nível escolar dos pais que pode ocasionar uma não preparação dos mesmos na educação com os filhos, perdas de entes queridos na família que, desenvolve quadros propícios para o uso da bebida ou o próprio vício iniciado pelo uso exagerado de álcool. Dentre esses motivos, uma educação que interfira nesse contexto se faz necessária, pais informados podem deixar suas práticas permissivas e passarem a colocarem limites dentro de suas casas, a informação sobre as consequências do uso da bebida serve de alerta também aos jovens.

### **3.3. Consequências Psíquicas**

As funções intelectuais que são mais comprometidas memória, a percepção e o senso crítico. Essas alterações acontecem pelo egocentrismo do alcoólatra e tensões emocionais. Os transtornos psíquicos podem variar de acordo com o estado de cada indivíduo; um quadro psíquico gravíssimo que, através do alcoolismo aparece, é chamado embriaguez patológica, que constitui uma forma especial de intoxicação alcoólica aguda, onde o indivíduo é levado a estados de excitação psicomotores, alucinações ou fabulações (Bezerra et al.,2008).

Estudos da Secretária de Saúde de Brasília mostram que a ingestão de grandes quantidades de bebidas alcoólicas em uma mesma ocasião pode favorecer o desenvolvimento da depressão, aparecendo mais em mulheres do que homens. Por tanto, indivíduos depressivos ingerem bebidas alcoólicas como uma forma de fugir e/ou lidar com situações e emoções, devido a maior dificuldade de lidar com as emoções negativas. Sendo assim, o uso do álcool é um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais bem como dificulta e agrava o quadro da doença (de acordo com o site [http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/03/Depressao\\_e\\_consumo\\_de\\_alcool.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wpconteudo/uploads/2018/03/Depressao_e_consumo_de_alcool.pdf)).

Outra doença comum de aparecer em pessoas que ingerem muito álcool, sendo esse um efeito físico, é a cirrose hepática, que como a bebida é metabolizada no fígado, em grandes quantidades e por um longo período podem surgir alterações no órgão.

O álcool está inteiramente ligado com a depressão e o suicídio, pois através do uso dessa substância gera alterações em seus comportamentos, como exemplo: exposição moral, comportamentos sexuais de risco, agressividade, labilidade de humor e diminuição do julgamento crítico. A depressão é uma doença, que vem afetado muitos adolescentes e adultos, levando alguns ao suicídio, que é

está entre a 3° e 4° causa de morte em adolescentes. Por volta de 90% dos adolescentes que se suicidam apresentam algum diagnóstico psiquiátrico. Muitas vezes o álcool é o modo desses indivíduos fugirem de todo aquele mal e vazio que sentem dentro deles, mas essa mistura potencializa o risco de suicídio. Ainda, que é muito comum a junção destes no momento do suicídio (PIANCA, s.a).

#### 4. RESULTADOS

Os resultados quantitativos foram agrupados e interpretados por meio de questões online do Google Forms, visando o uso e o abuso de álcool em jovens universitários do Uni-FACEF (Centro Universitário Municipal de Franca). A pesquisa foi feita com os estudantes do último ano dos cursos de Administração (4,2%), Ciências Contábeis (16,7%), Economia (8,3%), Engenharia Civil (4,2%), Matemática (41,6%), Psicologia (16,7%) e Publicidade e Propaganda (8,3%) totalizando o número de 24 respostas.

Dentro da pesquisa quantitativa realizada foram analisados dados de acordo com a idade e sexo de cada aluno, sendo 50% Masculino e 50% Feminino. As idades anexadas foram 19 (8,3%), 20 (29,2%), 21 (12,5%), 22 (20,8%), 23 (8,3%), 24 (8,3%), 25 (4,2%), 26 (4,2%) e 28 (4,2%).

Foram considerados também nas pesquisas, alunos que moram sozinhos, a frequência que vão as festas, os tipos de bebida, quantas vezes na semana faz o uso de álcool, se a bebida atrapalha nos estudos, o prazer em utilizar o álcool, a idade que começou a fazer o uso, os motivos de fuga, se bebia antes de entrar na universidade, se é incentivado pelos amigos ou gostam de beber, se os pais incentivam este uso, a consciência dos efeitos do álcool no organismo, a percepção sobre os alunos do que é beber socialmente e os arrependimentos do uso inadequado do álcool.

As respostas dos alunos que moram sozinhos foram 83,3% não moram sozinhos e 16,7% moram sozinhos. Já a frequência que vão a festas foram examinados se bebem e saem todos os finais de semana, todos os dias, de 15 em 15 dias, uma vez por mês e se não tem hábito de beber, e as respostas foram que 54,2% não têm hábito de ir a festas, 29,2% uma vez por mês e 16,7% de 15 em 15 dias, os outros tópicos não tiveram respostas.

De acordo com as bebidas em que mais gostam de consumir são: cerveja (54,2%), whisky (12,5%), vodka (25%), pinga (16,7%) e outros (45,8%). A frequência com que bebem por semana foi caracterizado por: 58,3% apenas finais de semana, 29,2% não bebem e 12,5% todos os dias. Segundo eles, 79,2% dizem que beber não atrapalha nos estudos e 20,8% acham que atrapalha. 62,5% sentem prazer em beber e 37,5% não sentem prazer.

A idade influencia muito na questão alcoólica, pois hoje em dia, os jovens se encontram cada vez mais precoces em uso de bebidas alcoólicas, abrindo

portas para outras drogas. Na pesquisa as idades foram consideradas de acordo com o início do consumo, sendo aos 14 anos de idade 8,3%, aos 15 anos de idade 20,8%, aos 16 anos de idade 4,2%, aos 17 anos de idade 8,3%, aos 18 anos de idade 16,7%, aos 19 anos de idade 8,3%, 20, 21 e 22 anos o resultado foram 4,2% em cada uma das idades e aqueles que apresentaram consumo zero álcool foram constatados 20,8%.

75% dos participantes responderam que não bebem por motivos de fuga, 16,7% às vezes bebem por motivos de fuga e 8,3% bebem por motivos de fuga. Perguntamos aos jovens se eles bebiam antes de ingressar à faculdade, 41,7% disseram que não bebiam e 58,3% bebiam antes do ingresso à universidade.

É importante perceber que, socialmente, muitas pessoas são influenciadas a beber dentro no âmbito familiar e/ou nas amizades, porém na pesquisa foi relatado que 66,7% gostam de beber, 29,2% não bebem e apenas 4,2% são incentivados ao consumo. A família, como fonte primária da vida social do ser humano, tem influência no desenvolvimento de cada um. Através disso, obtivemos a informação de que 58,3% dos pais não bebem e 41,7% dos pais bebem.

De acordo com o tópico abordado no artigo, podemos perceber a consequência do álcool do organismo humano e, com a pesquisa realizada, podemos ressaltar que 95,8% sabem das consequências e 4,2% não tem a consciência. Para os jovens, beber socialmente é: não exagerar (70,8%), não beber muito (4,2%), estar com os amigos (16,7%), e ficar “de boa” em casa (8,3%). E finalizando a pesquisa, questionamos se, através do consumo do álcool, há ou houve alguma situação de arrependimento. Concluímos que, 54,2% responderam que não houve arrependimento e 45,8% responderam que já tiveram situações de arrependimento.

## 5. DISCUSSÃO

A partir desse artigo sobre “uso e abuso de álcool em jovens universitários”, as pesquisas revelam que de acordo com o gênero, o sexo feminino está consumindo mais bebidas alcoólicas do que o sexo masculino. Em comparativo com a pesquisa realizada no Campus do Uni-FACEF, percebemos que as mulheres bebem, realmente, mais e com maior frequência que os homens. Dentro desta, vimos que 9 em cada 12 meninas têm frequência de beber, enquanto os meninos são somente 8 em cada 12, ou seja, comparando esses dados, observamos que os homens (4 em cada 12) não bebem, diferentemente das mulheres (3 em cada 12). Ao analisar a situação das universidades no âmbito atual, vemos que as mulheres estão frequentando mais festas que os homens, chegando ao total de 7 em cada 12 mulheres e 4 em 12 homens. Porém, o consumo de bebidas não é, necessariamente, exacerbado por todos os jovens universitários.

Por ocorrência da influência que existe dentro da universidade para a permanência em grupos, muitos jovens são levados a terem atitudes que não são propícias dele mesmo, ocasionando arrependimentos e fuga em questões familiares, individuais e sociais, por não aceitação de uma realidade passada ou que ele esteja vivendo. Para isso, a pesquisa mostrou que muitas pessoas se arrependem por terem feito algo após a ingestão exacerbada de bebida, como por exemplo, as consequências ocasionadas, seja no comportamento, ou por saírem de si mesmas, gerando uma falta de controle, tendo como resultado 45,8% e 54,2% dos entrevistados não se arrependem. Já a fuga, os dados obtidos mostram que nem todos os jovens bebem por fuga, totalizando 75% participantes, porém alguns, como questão mais preocupante, bebem por fuga (8,3% das pessoas) e outros (16,7%) às vezes bebem por fuga. Sobre a influência gerada na universidade para o consumo de bebidas 4,2% são influenciados, já 66,7% gostam de beber e 29,1% não tem o hábito ou não gostam de beber.

Vimos também que com a mudança para a faculdade, existe dentro de cada jovem certa confusão, pois, a maioria dos ingressantes dos cursos está entre a faixa dos 17 e 18 anos. Os jovens buscam o álcool, muitas vezes, como válvula de escape, pois nessa fase da vida estão carregando muitas responsabilidades por terem saído do Ensino Médio. Tanto a escola quanto os pais ou a sociedade, cobram muito do adolescente por seu futuro e, com isso, recebem uma carga de pressão muito grande no decorrer de seu desenvolvimento. Como consequência, o consumo de álcool se torna mais abundante nessa fase, em um primeiro momento por estarem vivendo a novidade da universidade e em outro momento por virem com uma bagagem pesada por ocorrência do que citamos anteriormente. Como consequência, os jovens podem estar desencadeando depressões que, juntamente com o consumo de álcool, pode levar ao suicídio. Dentro da pesquisa realizada, a maioria dos jovens sabe da consequência que o álcool traz totalizando 95,8%. Com o ingresso desses jovens ao ambiente universitário, podemos perceber com a pesquisa realizada, que 41,7% dos estudantes relataram que não bebiam antes do ingresso à universidade, já 58,3% bebiam desde a sua adolescência, podendo iniciar o consumo por volta dos 14 anos. Em média, os entrevistados dessa pesquisa, começaram a beber com 15 anos de idade.

De acordo com a teoria deste artigo, podemos perceber que a família é o primeiro momento de contato que todos os seres humanos têm ao nascer. Dentro da família somos desenvolvidos e, com isso, muitas das nossas identidades e personalidades são formadas nesse meio. É possível perceber que dentro de casa os jovens estão menos propensos ao perigo, as drogas (tanto lícitas quanto ilícitas) e sexo. É importante ressaltar que, quando estamos longe de casa ou dos pais, cada pessoa está mais “livre”, ou seja, a liberdade para fazer o que quer, sem pensar nas consequências que terão, é maior. Porém, podemos perceber que, muitas vezes, muitos pais são negligentes ou liberais e, através disso, gera uma falta de responsabilidades e limites. Para isso, foi analisado na pesquisa realizada

que 16,7% moram sozinhos e que 83,3% moram junto com os pais. E também o que pode influenciar na ingestão de bebidas são as figuras parentais (pai e mãe), podendo registrar que 41,7% dos pais não bebem e 58,3% destes bebem.

Concluimos que o álcool tem vários fatores que influenciam cada ser humano no consumo, podendo ser parental, ambiente, social ou até individual (emocional, psicológico, traumas, fuga).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O artigo visava a análise e o estudo sobre o uso e abuso de álcool e suas consequências nos estudantes do Uni-Facef, na qual, foi utilizado uma pesquisa de campo com questões fechadas online para diagnosticar o uso frequente desta substância entre os alunos. Esperávamos que 200 alunos respondessem os questionários, mas apenas 24 alunos responderam. De acordo com essas respostas não conseguimos totalmente obter o resultado que queríamos, entretanto, este tema foi proposto com o intuito de preocupação do uso frequente de álcool, pois muitos jovens fazem o uso desta substância como um meio de refúgio de problemas psicológicos. A busca do referencial teórico também foi de grande dificuldade, pois não existem muitos artigos ou livros específicos. Porém, com toda a dificuldade obtivemos êxito sobre os objetivos iniciais.

A ênfase deste artigo é, principalmente, o impacto que álcool causa no organismo de um estudante e se o uso pode acarretar na sua vida acadêmica, de acordo com os questionários muitos estudantes responderam que o uso da bebida não atrapalha na sua vida acadêmica, mas de acordo com algumas pesquisas a famosa “ressaca” pode gerar problemas na cognição durante as aulas. Por outro lado, o que chamou bastante atenção de acordo com outras pesquisas foi que a família é a que mais incentiva o jovem a fazer o uso do álcool sendo considerada uma droga positiva no meio social.

Portanto, a aplicação estatal a partir de políticas públicas pode gerar uma sociedade com a cidadania enraizada. O Estado, como gestor administrativo, cabe a intervenção por meio de orientações às famílias sobre as consequências do uso e abuso do álcool tanto para a pessoa quanto na sociedade, a diminuição de propagandas midiáticas ligando o uso do álcool como algo positivo e prazeroso, rever leis que estão ligadas a essa temática. A universidade como uma possível modificadora da realidade, poderia criar palestras, intervenções por meio de cartazes e aulas para os estudantes visando as complicações que o álcool pode causar em suas vidas e até auxílio psicológico para que as pessoas possam se abrir e diminuir os traumas e os pesos que carregam sobre as responsabilidades. A sociedade deve se manter mais atenta a essas questões, como a saúde pessoal que é a mais importante, pois o álcool gera diversas consequências ao organismo humano, podendo levar o indivíduo à morte, e, principalmente, começar a ter consciência de que dirigir embriagado pode ocasionar acidentes fatais, colocando a

---

vida do condutor e de outras pessoas em risco. O álcool é uma droga que causa dependência e pode gerar uma série de problemas no organismo e, principalmente, psicológicos.

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, AG; ANTHONY, JC; SILVEIRA, CM. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual. p. 67. Barueri, SP: Minha Editora, 2009.

BEZERRA, A. M. D. S. et al. O alcoolismo e suas consequências no meio social. Nova Enciclopédia Barsa, [S.L], v. 2001, out./mai. 2019. Disponível em: <<https://www.webartigos.com/artigos/alcoolismo-e-suas-consequencias-no-meio-social/10278>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

BLOG DA SAÚDE. Cuidados com as consequências do álcool no organismo. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/promocao-da-saude/53247-cuidados-com-as-consequencias-do-alcool-no-organismo>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

BOA SAÚDE. Alcoolismo e suas consequências. Disponível em: <<http://www.boasaude.com.br/artigos-de-saude/3511/-1/alcoolismo-e-suas-consequencias.html>>. Acesso em: 21 mai. 2019.

CARLINI, EA; GALDURÓZ, JCF;NOTO, AR; NAPPO, SA. Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: Estudo Envolvendo as 107 Maiores Cidades do País. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo; 2002. p. 1-355.

CARVAJAL, Patrícia dos Santos Teixeira Apud. Adolescente, uso de álcool, depressão e desenvolvimento cognitivo. Tornar-se adolescente: a aventura de uma metamorfose: uma visão psicanalítica da adolescência, [S.L], p. 25-26, nov./mai. 2019. Disponível em: <[http://wwws.fclar.unesp.br/agenda-pos/educacao\\_escolar/1342.pdf](http://wwws.fclar.unesp.br/agenda-pos/educacao_escolar/1342.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2019.

CEVS. Álcool, drogas e suicídio entre adolescentes. Disponível em: <<https://www.cevs.rs.gov.br/upload/arquivos/201712/04094716-thiago-gatti-pianca-alcool-suicidio-depressao.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

CISA. Problemas sociais decorrentes do uso do álcool. Disponível em: <<http://www.cisa.org.br/artigo/221/problemas-sociais-decorrentes-uso-alcool.php>>. Acesso em: 21 mai. 2019.

MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14. n. 1. p. 35-42. 1998.



MINHA VIDA. Alcoolismo: sintomas, tratamentos e causas. Disponível em: <<https://www.minhavidacom.br/saude/temas/alcoolismo>>. Acesso em: 22 mai. 2019.

MOSS, Elisete; DURMAN, Solânia. Alcoolismo na adolescência: intervenção na escola. Disponível em: <http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2518-8> acessado em 26/04/2019.

NAKAMURA, J. (28 de 07 de 2016). *Universa*. Acesso em 26 de 04 de 2019, disponível em UOL [Universa:https://universa.uol.com.br/noticias/redacao/2016/07/28/ver-os-pais-bebendo-em-casa-influencia-o-adolescente-a-consumir-alcool.htm](https://universa.uol.com.br/noticias/redacao/2016/07/28/ver-os-pais-bebendo-em-casa-influencia-o-adolescente-a-consumir-alcool.htm)

OLIVEIRA, LFR; GOMES, MJM; SOARES, E; NASCIMENTO, MAFCEGC. Consumo de álcool por adolescentes: do ato de liberdade ao comportamento de risco. *Adolesc. Saúde*. 2017;14(2): 58-65.

PSICOLOGIA VIVA. Alcoolismo e suas consequências na vida social. Disponível em: <<https://www.psicologiaviva.com.br/blog/alcoolismo-e-suas-consequencias/>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

ROTA DA SAÚDE. Alcoolismo: sinais de alerta e consequências. Disponível em: <<https://rotasaude.lusiadas.pt/alcoolismo-sinais-alerta-consequencias/>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

SAÚDE. Depressão e consumo abusivo de álcool: vamos conversar?. Disponível em: <[http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/depressao\\_e\\_consumo\\_de\\_alcool.pdf](http://www.saude.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/depressao_e_consumo_de_alcool.pdf)>. Acesso em: 21 mai. 2019.

SBP, Departamento De Adolescência Da. Uso e abuso de álcool na adolescência. *REVISTA OFICIAL DO NÚCLEO DE ESTUDOS DA SAÚDE DO ADOLESCENTE / UERJ*, Rio de Janeiro, v. Vol. 4, n. Nº 3, p. 6-17, jul./set. 2019.

SILVA, Maria Aparecida Amorim Da. O impacto do alcoolismo na vida social e familiar do indivíduo: a intervenção do profissional da saúde de forma efetiva no tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Belo Horizonte, jun./mai. 2019. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4579.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

SOUZA, DPO; ARECO, K; FILHO; DX. Álcool e alcoolismo entre adolescentes da rede estadual de ensino de Cuiabá, Mato Grosso.

TAVARES, B.F; BÉRIA, J.U; LIMA, M.S; Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Revista de Saúde Pública*, vol. 35, número 2, São Paulo, abril 2001.

## ANEXO

### QUESTIONÁRIO

---

Tema: Como é sua vida universitária?

Este formulário busca melhor compreensão da vida dos estudantes do último ano da universidade. Pedimos que as respostas sejam sinceras. É um trabalho acadêmico, na qual, tudo será sigiloso.

1. ACEITA PARTICIPAR DESSA PESQUISA ACADÊMICA?

( ) Estou ciente e aceito.

2. SEXO?

( ) Feminino;

( ) Masculino.

3. QUAL CURSO VOCÊ FAZ? \_\_\_\_\_

4. ESTÁ NO ÚLTIMO ANO DO SEU CURSO?

( ) Sim;

( ) Não.

5. IDADE? \_\_\_\_\_

6. VOCÊ MORA SOZINHO?

( ) Sim;

( ) Não.

7. COM QUAL FREQUÊNCIA VOCÊ VAI EM FESTAS?

a) Todos os finais de semana;

b) Todos os dias;

c) De 15 em 15 dias;

d) Uma vez por mês;

e) Não tenho hábito de ir em festas.

8. QUAIS TIPOS DE BEBIDA VOCÊ GOSTA?

a) Cerveja;

b) Whisky;

c) Vodka;

d) Pinga;

e) Outros.

9. NA SEMANA QUANTAS VEZES VOCÊ BEBE?

a) Frequentemente;

b) Todos os dias;

c) Apenas nos finais de semana;

d) Não bebo.

10. BEBER TE ATRAPALHA NOS ESTUDOS?

( ) Sim;

( ) Não.

11. VOCÊ TEM PRAZER EM BEBER?

( ) Sim;

( ) Não.

12. COM QUANTOS ANOS VOCÊ COMEÇOU A BEBER? \_\_\_\_\_

13. VOCÊ BEBE POR MOTIVOS DE FUGA?

( ) Sim;

( ) Não.

14. VOCÊ BEBIA ANTES DE ENTRAR NA UNIVERSIDADE?

( ) Sim;

( ) Não.

15. VOCÊ GOSTA DE BEBER OU É INCENTIVADO PELOS AMIGOS?

a) Gosto de beber;

b) Sou Incentivado;

c) Não bebo.

16. SEUS PAIS FAZEM USO DE ÁLCOOL?

( ) Sim;

( ) Não.

17. VOCÊ SABE O QUE O ÁLCOOL CAUSA NO ORGANISMO?

( ) Sim;

( ) Não.

18. PARA VOCÊ O QUE É BEBER SOCIALMENTE?

a) Estar com os amigos;

b) Ficar “de boa” em casa;

c) Não exagerar;

d) Beber muito.

19. A PARTIR DO USO DA BEBIDA ALCOOLICA VOCE JÁ FEZ ALGO EM QUE SE ARREPENDE?

( ) Sim;

( ) Não.

---

## **PERCEPÇÕES E CONCEPÇÃO DE ESTUDANTES DE PSICOLOGIA SOBRE A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ- PAI NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM DIFERENTES CULTURAS**

Mariana Cervi Taveira  
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF  
mariana.cervi@hotmail.com

Irma Helena Ferreira Benate Bomfim  
Doutora em psicologia – Uni-FACEF  
irma@benate.com.br

### **1. INTRODUÇÃO**

Como se constrói o vínculo de apego entre o bebê e seu cuidador perante as várias culturas mundiais? Existem diferenças no manejo e no estabelecimento da paternidade e da maternidade em diferentes culturas? Tais distinções influenciam no desenvolvimento do self do bebê? Essas são questões recorrentes e importantes hoje em dia e sua ponderação amplia a concepção da relação mãe-bebê-pai e nos levam a refletir que: as diferenças existentes na psicodinâmica, nos valores e no manejo em que as famílias criam seus bebês contribuem para a constituição de seu self e estão diretamente relacionadas ao meio cultural em que estas estão inseridas.

Esta pesquisa tem como proposta conhecer as concepções do estudante de psicologia frente às diferentes formas de educar e interagir com um bebê em diferentes culturas. Será que o estudante conhece essas diferentes realidades? Qual será sua reação frente ao contato com as cenas que demonstram tais relações mães-bebê em diferentes culturas? O estudante é capaz de perceber essas diferenças, compreendendo-as? É capaz, ainda, de ter seus próprios valores culturais, sem que esses possam ser instrumento de julgamento frente a uma cultura diferente? Ele conhece as diferenças em que pode ser constituída a relação mãe-bebê-pai? O estudante sente necessidade de desconstruir sua visão sobre os primeiros cuidados de um bebê?

### **2. O PRIMEIRO ANO DE VIDA**

Perante a visão psicanalítica, o primeiro ano do ser humano é demasiadamente importante para seu desenvolvimento afetivo, cognitivo e social. Estes se dão através do modo em que o bebê é cuidado, tanto por sua figura de apego (Bolby, 1990; Winnicott, 2000), quanto pelas nuances que compõem a sociedade que o cerca (Rogoff, 2003), evidenciando deste modo, a importância e influência do meio cultural perante a criação do neonato.

---

Desde o nascimento, o ser humano necessita de cuidados básicos e especiais para garantir sua sobrevivência, sendo assim, ao contrário de outros animais que horas após seu nascimento já possuem todas as suas capacidades já acionadas, os seres humanos precisam passar por um caminho longo para desenvolver seu potencial, atingir e realizar as requintadas habilidades biopsicossociais, as quais os colocam em uma posição transformadora no mundo que o cerca.

O bebê, para desenvolver suas habilidades físicas, como também suas capacidades psíquicas, dependem do zelo de alguém contiguamente. Com isso, pode-se compreender a tamanha influência que o meio tem a esse novo ser. Entende-se aqui que o meio seria não apenas o ambiente físico/espacial, mas também as relações do bebê com seus cuidadores, relações afetivas, históricas e culturais estabelecidas (Winnicott, 2000).

A imagem do nascimento é interpretada geralmente como um desvinculo do bebê e sua mãe, que durante uma média de 40 semanas eram estreitamente ligados pelo cordão umbilical. Todavia, é unanimidade entre os teóricos psicanalíticos que o corte do cordão umbilical físico não significa uma imediata separação entre os dois indivíduos. De fato, eles são uma díade que vivem em simbiose afetiva, e o nascimento psíquico do bebê e de uma nova mãe depende de outros fatores além da cisão umbilical.

De acordo com Spitz (1965) e Winnicott (2000), é com a experiência e sua inserção em seu ambiente que o bebê gradativamente irá construir a noção de 'eu'. Deste modo ele precisará de alguém que exerça a função materna que forneça física e psicologicamente o alimento que nutrirá a ilusão de controle que o bebê possui. Inicialmente, para o bebê, não há uma limitação onde começa e termina o "eu", sua figura materna conseqüentemente, pertence ao seu self. A mudança dessa concepção se iniciará ainda no primeiro ano de vida, principalmente com as frustrações lidadas pelo bebê.

A integração do bebê com seu meio externo tem recebido diversas designações como Zimermam (1999) exemplifica: Winnicott o descreve como um "estado de ilusão e onipotência"; Kohut como "estado narcisista perene"; Edith Jacobson descreve um "self psicofisiológico primário" e M. Mahler um "autismo normal"; Freud descreveu essa fase do ego como "ego do prazer puro". Pelo próprio autor é defendida a ideia de um "ego arcaico".

Avalia-se, portanto, independente da nomenclatura específica utilizada pelos teóricos psicanalíticos, que no início da vida do bebê há a presença de um 'eu' em formação, ainda não orientado por seus próprios parâmetros e valores, já que este se desenvolve a partir da interação e percepção do outro, em determinado contexto. Deste modo, o 'eu primitivo' tende a orientar os desejos e pulsões idióticas inata ao ser humano e irá se aperfeiçoando de acordo com as experiências subjetivas vivenciadas em seu meio familiar e cultural.

O desenvolvimento do primeiro ano de vida do bebê é de grande interesse no meio científico psicanalítico. O teórico psicanalista Erikson (1982) descreve oito estágios de desenvolvimento psicossociais dos seres humanos, dentre eles, o primeiro é estipulado como confiança versus desconfiança básica. Nesse estágio de desenvolvimento, o bebê precisa criar um senso de confiança nas pessoas e objetos e ao mesmo tempo um senso de desconfiança que garanta sua segurança.

(...) Se predominar a confiança, como deveria, a criança desenvolve a “virtude” da esperança: a crença de que poderá satisfazer suas necessidades e desejos (Erickson, 1982). Se predominar a desconfiança, a criança verá o mundo como hostil e imprevisível e terá dificuldade para estabelecer relacionamentos. (FELDMAN; PAPALIA, 2013, p. 219).

O vínculo preciso e duradouro entre bebê e seu cuidador é denominado de apego por Bowlby (1951). Ele foi um dos pioneiros nos estudos de vínculos entre animais, contribuindo para os estudos do apego em humanos e juntamente com Mary Ainsworth, sua aluna, aprofundou nos temas argumentando sobre os tipos de apego desenvolvidos entre a dupla bebê-cuidador. Sendo eles: o ‘Apego Seguro’ e ‘Apegos Ansioso’ ou Inseguro: Evitativo e Ambivalente. Mais tarde, Main e Solomon, em 1986 aprimoraram seus estudos e acrescentam o apego desorganizado-desorientado.

Para esses autores acima citados, diante das interações entre a díade mãe-bebê, o apego é estabelecido de modo que o bebê sabe o que esperar de seu cuidador, que se torna uma figura de trabalho confiável. Com isso, a personalidade do bebê se desenvolverá perante a qualidade desse primeiro vínculo, que afetará as competências sociais, cognitivas e emocionais dele. Uma criança que estabelece uma figura de apego seguro confiará não só em seus cuidadores, mas na capacidade de si próprio obter aquilo que deseja.

Winnicott psicanalista inglês, também foi um autor que muito contribuiu para a compreensão do primeiro ano de vida do bebê em termos psicodinâmicos.

Segundo Winnicott, (...) os cuidados maternos adequados são essenciais para a garantia da saúde mental do indivíduo. O nascimento da vida psíquica do bebê começa na relação que é estabelecida com a mãe. “Não existe um bebê”, mas um bebê em relação com a sua mãe. (ROCHEL, 2012, p. 82).

Winnicott (1965) descreve três fases iniciais na vida de um bebê. A primeira delas, denominada Dependência Absoluta, ocorre desde o nascimento e percorre até os seis meses de idade. Nessa etapa, o bebê necessita de cuidados de forma dependente absoluta, como a própria nomenclatura revela, ou seja, ele exige um alto nível de envolvimento de seu cuidador, cuidados físicos e emocionais, pois ele não se reconhece sem a mãe, ele está aficcionado a ela.

A mãe, nesse contexto, se identifica com seu bebê, com suas dores e angústias e se devota a suas necessidades e cuidados. A forma como os cuidadores

---

e o ambiente interagem com o bebê dispõem a ele a formação de seu ego, com isso é comum de se observar que a dependência do bebê está muito ligada a independência da mãe. Essa fase corresponderia a fase Esquizoparanóide de Melanie Klein.

Por conseguinte, se a mãe depende muito de sua simbiose com seu filho, demorando a desfazê-la, seu bebê torna-se mais dependente dela do mesmo modo. Já as mães que possuem uma figura paterna próxima, que pode ser o pai, uma avó, um parente próximo ou seu próprio trabalho fora do lar, conseguem sua independência aos poucos, retomando seu papel de mulher e seu(a) filho(a) procede a desenvolver. Comumente na fase em que a mãe retorna a suas atividades de trabalho, a criança começa a engatinhar, andar, ou inicia sua introdução alimentar, isso tudo porque a criança se vê separada de sua mãe e busca sua independência para sobreviver.

Deste modo, Winnicott (1965) descreve a segunda fase, nomeada Dependência Relativa, ocorrendo entre os seis meses e dois anos de vida. A criança começa a se relacionar com outros objetos, correspondendo a Posição Depressiva exposta por Melanie Klein, ou então a fase do Complexo de Édipo de Freud. Essa etapa corresponde a uma adaptação do bebê as novas condições ambientais e psicológicas, aumentando seu desenvolvimento cognitivo, e apesar de começar a adquirir consciência de sua dependência, a criança ainda necessita de alguma devoção do cuidador.

Na terceira fase, Rumo a Independência, a criança desenvolve a capacidade gradual de conviver com as complexidades a sua volta, abrangendo seu ciclo social, e identificando-se com grupos e com a sociedade, pois esses são exemplos a ela. O autor ainda conceitua que se bem experienciado essas etapas, a figura materna é uma mãe suficientemente boa a esse bebê, o mesmo pode ser pensado no ambiente em que ele vive.

A mãe suficientemente boa, exerce três funções maternas principais: o holding: em que a mãe oferece o acolhimento ao seu bebê, amparo, proteção, sustento físico/psíquico, auxiliando-o em sua integração das coisas e de sua personalidade. Um holding mal executado dissemina insegurança, aflição, retraimento e até mesmo a sensação de abandono na criança. O holding é uma função materna de Integração.

Outra função materna é o handling: cuidados físicos necessários ao bebê. Na tradução do inglês, handling significa manipulação, isto é, corresponde aos cuidados palpáveis, a higiene, a alimentação, experiências sensoriais. Essa função de formação se dá pela Personalização, ou seja, a formação de noção de imagem corporal no bebê.

A terceira função materna, Apresentação do objeto, é tida como uma fase de introdução a novos objetos, como o seio materno, que permitem a interação do bebê com o seu ambiente. A interação pode gerar satisfação ou insatisfação

perante tais objetos, e respondendo a eles, essa função materna de formação possui a função de Relacionamento interpessoais, quando o bebê percebe outras figuras além de sua mãe.

Melanie Klein, pós-freudiana e reconhecida estudiosa da psique infantil, em 1935 desenvolveu em seu trabalho posições de desenvolvimento por quais os bebês passam, sendo elas a posição esquizo-paranóide e a posição depressiva. A primeira delas é vivida pelos neonatos em seus primeiros meses de vida. Klein, concorda com Freud quanto aos instintos de vida e de morte, isso mostra que Klein considera a ideia entre o bem e o mal. Desta forma, neste primeiro momento de vida, o bebê entra em contato com o “seio bom” e o “seio mau”, que representam a vivência do ego com seus sentimentos ambivalentes. Desta maneira, o seio ideal representa a gratificação, o amor e conforto que o bebê tem com este objeto, já o seio mau seria um impostor do qual ele deve proteger o seio bom.

Assim é adotada a posição esquizo-paranóide, sendo suas principais características: sentimentos paranoicos de perseguição e a clivagem (mecanismo de defesa primitivo contra a angústia). Esta posição representa a capacidade do indivíduo de estabelecer o sentimento polar da realidade entre bom e ruim aos objetos a sua volta. Já a projeção seria um mecanismo de defesa contra a realidade assustadora do ego (tanto ruim, como boa), que projeta essa parte do ego para um objeto externo, pois assim pode-se puni-la, pois não está mais integrada ao ego, segundo a professora Ann Phoenix e doutora Helen Lucey (2009).

A posição depressiva, está na compreensão de que o bem e o mau podem existir em um único objeto, o bebê começa a ter uma noção mais realista do mundo em sua volta, como sua figura materna, e a percepção de que é distinto desta figura. A partir de então, o bebê consegue tolerar seus próprios desejos de destruição. Ademais, essa posição também ilustra o medo da perda objetal infantil em relação à figura materna, já que o bebê está diferenciando-se dessa.

Contudo, Klein não utiliza o significado de perda objetal como Freud utilizou em 1917 (em sua obra “Deuil et mélancolie”), segundo Petot (2008), ela concebe que uma vivência de perda existe apenas quando se há uma experiência verdadeira do objeto (relação com objeto total). O modo como é percorrida essa fase, que de acordo com o autor ocorre na metade do primeiro ano de vida, é determinante na formação de personalidade e da saúde mental posterior dos indivíduos.

Mas o que seria um objeto total? O objeto total é uma imagem global/integral deste, formada ao longo dos meses pelas percepções e vivências do bebê. Sendo assim, o objeto parcial é uma figura fragmentada, “partes” das pessoas e das coisas, como o seio materno ou as fezes. Com isso, Klein (1935) destaca em sua obra sobre a posição depressiva, que a perda e o amor objetal ocorrem quando se tem a experiência verdadeira e a identificação com a pessoa, pois a partir desta concepção do objeto íntegro, vivida pelo neonato, pode haver a preocupação de



---

perda, gerando uma ansiedade depressiva. Essa ansiedade é um temor da separação e a culpa pelos sentimentos destrutivos em relação ao objeto.

O desenvolvimento do elo entre a díade mãe-bebê torna-se essencial para a constituição de sua identidade e de sua autonomia (Winnicott, 2000). O tipo de cuidado recebido, as experiências vivenciadas, as emoções sentidas, sejam elas agradáveis ou não, refletirão no modo em que o bebê construirá sua autoimagem. Assim, além de garantir os cuidados essenciais no primeiro ano de vida da criança, as figuras de apego possuem o importante papel de contribuir para o modo em que o indivíduo desenvolverá sua própria identidade, seu modo de ver e lidar com suas relações sociais, bem como criar, desenvolver e transformar sua cultura.

Mas como se constrói o elo, o vínculo de apego entre o bebê e seu cuidador perante as várias culturas? Existem diferenças no manejo e no estabelecimento da Paternidade e da Maternidade entre as diversas culturas? Como se dá o desenvolvimento da relação mãe-bebê, nas diversas concepções dos autores citados, em diferentes lugares do mundo? São diferentes ou semelhantes?

## 2.1. Perspectivas culturais

Diante deste argumento os valores e formas de maternagem podem variar em diferentes culturas e mesmo assim promover o bom desenvolvimento de um bebê.

Barbieri (2009) em seu estudo com mulheres de origem francesa e do Maghreb, concorda e afirma que as funções paterna e materna são fundamentais para o desenvolvimento da criança e que é essencial considerar o contexto sociocultural no qual a família constrói suas relações.

A ampla experiência cultural nos dá a oportunidade de ver a extensão dos processos culturais nas atividades e desenvolvimento humanos cotidianos, que se relacionam com as tecnologias que usamos, nossos valores e tradições institucionais e comunitárias. (ROGOFF, 2003, p.11, tradução própria).

O fato de se estar inserido em determinado contexto sociocultural, faz com que haja estranhamento quando um indivíduo se encontra com um ou mais outros de culturas diferentes, como ressalta Rogoff (2003). O fato de reconhecer sua identidade cultural faz com que o sujeito seja mais consciente, permissivo, acolhedor e compreensivo em relação àquela que o difere.

Com a realização de pesquisas e estudos referentes às questões da constituição psicológica humanas em diferentes culturas, o conhecimento e entendimento da diversidade cultural se amplia, tornando-se mais familiar ao estudante, favorecendo assim à uma formação mais consistente, multicultural e menos preconceituosa.

---

Bomfim (2014) destaca em relação às pesquisas multiculturais em psicologia, principalmente em relação ao campo de estudo da maternidade:

É importante ressaltar que tais estudos vêm contribuindo para o avanço da ciência, em relação ao desenvolvimento do psiquismo do bebê e, conseqüentemente, influenciando beneficentemente a compreensão da importância do papel da família no desenvolvimento emocional do indivíduo. (BOMFIM, 2014, p.30).

A arte produzida sobre e em diferentes culturas, pode se tornar um facilitador do contato com as representações multiculturais, como a pintura, escultura, as músicas e o cinema. O cinema em particular, mediador da comunicação deste estudo, transmite conteúdos audiovisuais que retratam determinadas histórias, sendo os documentários a forma mais próxima a ser experimentada diante determinado assunto. Desta forma, Pires e Silva (2014) ressaltam que:

O cinema, como artefato cultural que é, pode e deve ser explorado como forma de discurso que contribui para a construção de significados sociais. A junção das técnicas de filmagem e montagem com elenco e o processo de produção resultam num conjunto de significações que precisam ser compartilhadas por quem o acessa, para que as imagens irradiadas possam produzir sentidos que, muitas vezes, tornam-se determinantes para suas vidas. (PIRES; SILVA, 2014, p. 608).

Sendo assim, o cinema pode auxiliar na inserção ou viagem cultural de um indivíduo, por poder apresentar ações e atitudes de pessoas de diferentes regiões. Na perspectiva de Pires e Silva (2014), o conteúdo cinematográfico instrumentaliza a reprodução de comportamentos culturais, sob conjuntos de valores socioculturais e linguísticos, podendo ser um mecanismo cultural de ordem simbólica que contribui na consolidação do imaginário contemporâneo.

Os estudantes de psicologia lidam a todo o momento com uma vasta quantidade de teorias do desenvolvimento humano que geralmente abarcam os mesmos valores e parâmetros de suas próprias culturas, o que podem levá-los a analisar o outro com uma visão restrita de mundo e de desenvolvimento. Com isso, torna-se importante que o futuro profissional tenha contato com teorias, produções científicas e artísticas que contribuam para a ampliação de seu conhecimento sobre as possibilidades e recursos do ser humano.

Será que o estudante tem consciência das diferentes realidades culturais? Qual sua reação frente ao contato com cenas que demonstram relações mães-bebês em diferentes culturas? O estudante é capaz de perceber diferenças afetivas e de manejo em relação a sua cultura, compreendendo-as? É capaz, ainda, de ter seus próprios valores culturais, sem que esses possam ser instrumento de julgamento e segregação frente a uma cultura diferente? Ele conhece as diferenças em que pode ser constituída a relação mãe-bebê-pai? O estudante sente necessidade de desconstruir sua visão sobre os primeiros cuidados de um bebê?

---

A pesquisa “Percepções e concepção de alunos de psicologia sobre a relação mãe-bebê-pai no primeiro ano de vida em diferentes culturas” teve como objetivo analisar os impactos, sensações e percepções dos estudantes de psicologia, de uma universidade do interior do Estado de São Paulo, frente a distintas experiências de maternagem do bebê em seu primeiro ano de vida em diferentes culturas. Para tal, o estudo teve como mediador da comunicação o documentário “Babies”, do cineasta Thomas Balmes (2010).

## **2.2. Ambiente Afetivo e Social na Formação do Psicólogo**

A educação está ligada ao princípio de boa qualidade de vida, contudo não é isso que a história da escola nos revela. O saber ler, escrever e interpretar esteve muito tempo relacionado à prática religiosa, assim, as pessoas que aprendiam estas atividades dedicavam-se a tarefas adorativas e até mesmo ensinavam a outros indivíduos como forma de disseminar o conhecimento devotado. O ensino também desempenhou um papel importante para as classes sociais elevadas, pois assim se distinguiam da classe social mais pobre, além de ser um exercício contra o ócio.

Com o crescimento do capitalismo devido a Revolução Industrial, no século XIX, houve a necessidade de a universalização do saber ler, contar e escrever, pois havia a premência de mão de obra qualificada e técnica. Então, as escolas surgem como um modelo fabril, positivista, buscando sempre obter resultados vantajados com pouco investimento, que eram realizados pelos próprios financiadores industriais, como John Pierpont Morgan, John Davison Rockefeller e Henry Ford. Sendo assim, a escola se assemelha na disposição, nos horários e funcionamento das fábricas, como na manufatura de um produto, sendo uma forma de adaptação e controle social, visando a melhoria do capital.

A ampliação da educação originou-se como forma da necessidade política e econômica, e não como um direito de fato do cidadão. A escola tem o objetivo de criar trabalhadores, assim ocorreu não apenas com as escolas de alfabetização, mas também com a de profissionalização, como as universidades, cujas seguem ainda estes padrões, apesar da evolução da ciência e da tecnologia. As instituições de ensino seguem um modelo padrão, inflexível, onde o aluno é passivo de seu próprio conhecimento.

Apesar de o paradigma escolar não ter sofrido mudanças, as novas tecnologias tendem a questionar esse padrão vivenciado pelo ensino, trazendo seus recursos para dentro da sala de aula, como utilização de aparelhos eletrônicos, filmes, artes visuais, música, teatro, entre outros. Estes recursos, quando trazidos para o ambiente acadêmico, refletem nas concepções de Vygotsky: 1) De que a linguagem é o mais importante sistema de signos para o desenvolvimento cognitivo, em que o desenvolvimentos dos processos mentais superiores são dependentes

deste; e II) Que os processos mentais superiores têm origem em processos sociais, ou seja, os processos cognitivos são dependentes dos contextos históricos, culturais e sociais, segundo Moreira (1942).

Ainda segundo esse autor, Vygotsky concebe a linguagem como forma primordial ao aprendizado, mas qual o limite desta linguagem? Esta linguagem estaria apenas relacionada ao falar e ao escrever? Esta linguagem não poderia ser transposta através da arte e da cultura? Para mais, qual é a importância do indivíduo saber além de sua própria cultura, já que o mundo contemporâneo se dá pela globalização, fato este que coloca as pessoas em contato, seja direto ou indireto, com culturas de todo mundo? A arte neste contexto, é um instrumento essencial deste contato, por meio da literatura, do cinema, das mídias, músicas, possibilitando um “transporte cultural”.

Sendo assim, avalia-se a importância que os conteúdos artísticos podem desempenhar na formação das pessoas, seja na alfabetização ou na profissionalização. No caso da psicologia, ela lida a todo momento com o ser humano, seu objeto de estudo é este. Como os estudantes de psicologia podem lidar com este objeto tão subjetivo, estando em um modelo rígido e inflexível, que não permite um novo olhar a uma cultura distinta da sua, centrado em produção? Como o psicólogo vai lidar com barreiras de seus próprios preconceitos?

É necessário notar a importância do olhar do psicólogo, de modo que ele saiba as teorias e técnicas, como diz a célebre frase de Carl Jung, mas que em contato com outro ser humano ele possa ser um humano também. A arte não visa apenas a formação intelectual formal, ela traz a possibilidade de crescimento pessoal, humano, reflexivo e espontâneo. Ademais, a arte é um recurso de estar em contato com o inconsciente, indispensável para a psicanálise. O aprendizado se resulta de uma configuração ativa, transformando o aluno em estudante, e deste modo gera boa qualidade de vida, o conteúdo aprendido deixa a conotação fugaz e adquire sentido.

### **3. ANÁLISE DOS DADOS**

Para esse artigo considerou-se as respostas de apenas 4 questões da pesquisa, cuja consiste em nove (9) perguntas no Roteiro I e dez (10) no Roteiro II. Foram trabalhadas as questões 1, 6, 8 e 9. O critério de escolha dessas questões se deu devido ao fato de abordar o aspecto do desenvolvimento do bebê, foco neste presente trabalho. Os nomes não foram apresentados neste estudo, garantindo sigilo as identidades das participantes.

#### **Tabela 1: Questão 1**

<b>Antes do documentário</b>	<b>Depois do documentário</b>
<i>Qual ambiente você acredita ser mais saudável para o bom desenvolvimento de uma criança?</i>	<i>Depois de assistir o documentário, sua concepção de qual ambiente acredita ser mais saudável para o bom desenvolvimento de uma criança mudou? Explique.</i>
1) Num ambiente que disponibilize a criança, pessoas que assumam os papéis de pais, garantam cuidado e proteção a essa criança, tenha estímulos para que ela se desenvolva dentro dos parâmetros esperados, e que permita que ela se desenvolva psicologicamente e socialmente.	1) Ainda acredito que o ambiente saudável para o desenvolvimento de uma criança tenha que ter as condições básicas para subsistência e higiene, para evitar a ocorrência de doenças e a desnutrição. O documentário enfatiza ainda mais o que eu já pensava sobre as adequações da maternidade dentro de suas condições. A mãe de tribo africana mantém o bebê limpo como no costume e sempre de cabelo raspado. O importante são os afetos e cuidados.
2) O ambiente familiar onde a criança recebe o apoio dos pais e outros parentes, em que tanto o ambiente físico quanto as pessoas estejam prontas para atender as necessidades da criança.	2) O ambiente saudável é aquele em que a criança recebe o apoio para se desenvolver bem, independentemente de sua cultura, pois em cada lugar esse processo acontece de forma diferente.
3) Um ambiente organizado, limpo, seguro, com estímulos, sem violência, sem substâncias (álcool e drogas) e com bastante carinho e atenção.	3) Sim, antes de ver o documentário eu acreditava que o ambiente ideal seria o mesmo para todos, em todas as culturas. Eu esperava que esse ambiente fosse semelhante aos que eu conheci ao longo de minha vida. No entanto o ambiente que idealizei não pode ser aplicado a todas as culturas. Pude perceber que não existe um ambiente, mas sim uma pluralidade.
4) Em um ambiente limpo, acolhedor, onde os pais consigam apresentar o mundo a criança, ajudando em seu desenvolvimento.	4) Em minha concepção não existe um ambiente específico, mais adequado, mas a minha ideia em relação a higiene mudou, em alguns lugares não existe uma higiene que na nossa cultura seria o

	mais "adequado".
5) Ambientes calmos, sem muitas brigas e discussões, com boa atenção dos pais voltado para a criança.	5) Não, apesar do documentário mostrar vários tipos de famílias o ambiente ainda deve ser tranquilo, calmo e sem muitas discussões etc.
6) Em um ambiente com pais presentes e familiares, dando apoio e suporte para a criança durante o seu desenvolvimento. Uma família estruturada é essencial.	6) Sim, antes de assistir o documentário eu acreditava que um ambiente saudável era um ambiente com os pais presentes e supercuidadosos, após assistir percebi que em diferentes culturas a diversas estruturas de família e modos de um ambiente que demanda cuidados ao bebê.
7) Um ambiente onde tem organização, por exemplo: momento de estimular, momento de ficar mais livre, momento de refeições definidas. Além de ser um ambiente acolhedor e de afetos positivos.	7) Mudei. Quando entrei em contato com outras culturas percebi que a cultura dita muito o que acreditamos ser um ambiente saudável, quando na verdade um ambiente saudável possui vários sinônimos, e um não invalida o outro.
8) Um ambiente estável, em que a criança receberá o cuidado necessário, tendo rotina, cuidados higiênicos, atenção, boa alimentação.	8) Acredito que o melhor ambiente para que a criança se desenvolva é aquele em que ela tenha atenção, cuidados, carinhos, que, de certa forma, atende as necessidades dela.
9) Acredito que um ambiente favorável para o bom desenvolvimento de uma criança é um ambiente onde os pais são presentes, a criança é bem cuidada e incentivada. É importante também que a criança tenha a oportunidade de se relacionar com outras crianças.	9) Sim, mudou, após assistir o documentário pude ver que vários ambientes podem ser bons para o desenvolvimento de uma criança, depende da cultura, e todos possuem aspectos positivos e negativos. Além de ser muito relativo de cultura para cultura, do que é bom e normal para a minha cultura pode não ser para outra e vice-versa.
10) Um ambiente no qual a criança tenha espaços adequados para se desenvolver de forma saudável, onde	10) Sim, pois antes achava que a criança deveria crescer em um ambiente superprotegido e saudável para se

tenha pessoas capacitadas e parentes para poder lidar com esta criança.	desenvolver, mas depois do documentário vi que podem ter divergências no ambiente e o desenvolvimento acontece normalmente.
11) Uma casa, com pais biológicos ou não, que sejam acolhedores e ofereçam uma boa infraestrutura para que a criança se desenvolva satisfatoriamente.	11) O documentário mostrou diversas culturas, sendo assim vários locais, porém acredito que o ambiente bom é individual, sendo que o que pode ser bom para mim pode não ser para o outro.
12) Um ambiente "calmo", onde a criança e seu espaço sejam respeitados, com o seu cuidador(a).	12) Após assistir o documentário minha visão mudou, o bebê pode se desenvolver de forma saudável em vários ambientes diferentes, apenas com a ajuda de um responsável.
13) Acredito que o melhor ambiente seria aquele onde a criança é acolhida, cuidada e "atendida" conforme suas necessidades básicas, além de um ambiente não conturbado e uma família que não briga entre si, uma família funcional, com amor.	13) Mudou, já que o documentário aborda diversos ambientes, de diferentes culturas, dando os cuidados necessários e básicos, desenvolvendo a criança de forma saudável mesmo em contextos mais precários e "inseguros" de certa forma.
14) O melhor ambiente para o desenvolvimento de uma criança é aquele em que a criança recebe o cuidado necessário, uma mãe que dê suporte a ela, que de carinho, amor.	14) Sim, pois depois de assistir o documentário percebi que uma criança não precisa apenas de um ambiente saudável, com pais que a estimulem, mas também precisam serem livres para explorar os ambientes.
15) Um ambiente onde haja harmonia, paz, amor, onde os pais ou responsáveis preze a educação e saúde mental da criança, onde tenha carinho e atenção, que saiba educar sem violência tanto física quanto mental.	15) Não, continuo com a mesma concepção, pois a minha opinião continua sendo a que o ambiente mais saudável para o bom desenvolvimento de uma criança é o ambiente que possui afeto dos pais ou responsáveis, onde há carinho, amor, atenção etc.

Fonte: Autores (2019).

No primeiro questionário, a participante 1 especificou o ambiente ideal para o desenvolvimento saudável de uma criança como aquele que disponibiliza a

criança pessoas que assumam os papéis de cuidadores, garantindo o cuidado e proteção a criança, criando estímulos para que ela se desenvolva, e que permitam que ela se desenvolva psicologicamente e socialmente (WINNICOTT, 1964/1957). No segundo questionário, a participante refletiu que, após assistir o documentário “Babies”, que o melhor ambiente é aquele que acolhe a criança, independentemente de sua cultura ou condições, ressaltando ainda mais as teorias de Winnicott. Tal fato também foi comentado pela participante 2, em que acredita em um ambiente onde haja apoio a criança, além disso, a integrante acrescenta no segundo questionário as diferenças entre culturas, o que se pode relacionar a teoria do apego de Bowlby (1951) e Ainsworth.

A participante 3 acreditava, antes de assistir ao documentário, que o ambiente ideal seria igual em todas as culturas, remetendo-os a suas próprias experiências pessoais. Tais crenças estão ligadas diretamente ao que Rogoff (2003/2005) ressaltou, que quando um indivíduo se encontra com outro de uma cultura diferente da sua, pode haver estranhamento. Contudo, a graduanda enfatiza que o assistir ao estímulo midiático a fez refletir tais concepções, o que a levou a considerar a pluralidade dos diferentes ambientes. A participante 4 também destaca esse fato.

No entanto, a participa 5 mantém sua percepção e concepção de um ambiente saudável, suas descrições condizem ao que Winnicott (1995) descreve como um ambiente suficientemente bom, “Essa mãe representa o ambiente suficientemente bom, cuja importância é vital para a saúde psíquica do ser humano. A mãe suficientemente boa permite a criança pequena desenvolver uma vida psíquica e física fundamentada em suas tendências inatas.” (WINNICOTT apud XXX, 1995, p.186). As participante 6 e 7 tem uma percepção parecida com a da graduanda 5, contudo, ela amplia essa visão, deixando de relatar apenas a necessidade de um ambiente suficientemente bom, mas nota que esse ambiente pode sofrer suas variações culturais, não existindo um único modelo a ser seguido, mesmo que seja necessário determinadas condições. A estudante 7 ainda ressalta que “quando na verdade um ambiente saudável possui vários sinônimos, e um não invalida o outro.”<sup>7</sup>

A graduanda 8 primeiramente remete uma concepção mais voltada as necessidades físicas do bebê, contudo após o documentário ela implementa as necessidades emocionais e psíquicas, como cuidado e carinho. Esses elementos mostram-se básicos para o desenvolvimento saudável de um bebê, de acordo com Klein (1937/1996), Bion (2004/1963) e Winnicott (1975) enfatizam que o desenvolvimento humano ocorre, sobretudo a partir da relação.

A participante 9, ressalta antes da reprodução do documentário a importância de a criança ter contato com outras, para assim se desenvolver socialmente. Após a exibição ela acrescenta quesitos culturais, ampliando sua visão, trazendo uma concepção transcultural. “Rogoff (2003/2005), em seus estudos



---

antropológicos, descreveu os modos como os processos culturais influenciam o desenvolvimento humano” (Rogoff apud Bomfim, 2014).

A estudante 10, em sua resposta antes de assistir ao documentário, enfatizou que o ambiente saudável depende de uma condição adequada que satisfizesse as necessidades da criança. Após assistir o documentário ela refletiu que este ambiente era o que possuía a presença de uma mãe, ou substituto, suficientemente boa, aquela que atende as necessidades do bebê e que saiba acolher suas frustrações, gerando um ambiente suficientemente bom, de acordo com WINNICOTT (1975) e SANTOS (1999), o que a levou a refletir sobre sua concepção anterior, classificando-a como um ambiente superprotegido.

Primeiramente, para a discente 11, o ambiente saudável para o desenvolvimento de uma criança seria com o fornecimento de uma boa infraestrutura, após o documentário sua resposta salienta a diversidade cultural, sendo que o que é concebido como bom para uma cultura, pode não ser para outra. Após entrar em contato com outras culturas, as pessoas podem amplificar suas percepções, como mencionado no desenvolvimento deste estudo,

A ampla experiência cultural nos dá a oportunidade de ver a extensão dos processos culturais nas atividades e desenvolvimento humanos cotidianos, que se relacionam com as tecnologias que usamos, nossos valores e tradições institucionais e comunitárias. (ROGOFF, 2003, p.11, tradução própria).

Na concepção da estudante 12, o documentário a ajudou a crescer suas visões para um ambiente que satisfaça as necessidades psicológicas, afetivas e físicas dessa criança e que seus cuidadores estejam preparados para exercerem tais funções de suporte. De acordo com Santos (1999, p.605) “o bebê depende da disponibilidade de um adulto genuinamente preocupado com os seus cuidados, isto é, que possa contribuir para uma adaptação ativa e sensível as necessidades da criança, que a princípio são absolutas”.

A décima terceira participante, após a exibição do estímulo midiático, remete mais as condições de Bowlby (1951), relativo ao ambiente om apego seguro, e Erickson (1982), com sua teoria de desenvolvimento que sugere a confiança versus desconfiança básica, em que o bebê precisa criar um senso de confiança nas pessoas e objetos e ao mesmo tempo um senso de desconfiança que garanta sua segurança. Anteriormente, suas concepções eram voltadas apenas para as qualidades que integram a mãe suficientemente boa, descrita por Winnicott (1975).

A participante 14 primeiramente cita as condições da mãe suficientemente boa também, contudo acrescenta depois de assistir ao documentário a importância de exploração ambiental, e liberdade para tal. Já a participante 15, teve concepções semelhantes antes e após assistir o documentário, o ambiente ideal deve atender as necessidades físicas e psíquicas da criança e estimulá-la, ajudando-a a ter autonomia (WINNICOTT, 2001).

Diante tais dados, podemos perceber que algumas participantes da pesquisa mantiveram sua opinião anterior a exibição do documentário “Babies”, de Thomas Balmes. Contudo, a maioria delas enfatizaram o impacto cultural. De acordo com Barbieri (2009) é fundamental considerar o contexto sociocultural no qual a família constrói suas relações.

Um aspecto que entrou em bastante destaque nas respostas das participantes foi a presença do conceito de ‘mãe suficientemente boa’ no ambiente de desenvolvimento das crianças, essa mãe representa o ambiente suficientemente bom (WINNICOTT, 1975). Na qual, é aquela que ajuda a formar o self de seu bebê, dando liberdade, segurança, cuidado, afetividade, acolhendo as necessidades do filho, mas que necessita também frustrá-lo para o seu desenvolvimento. Assistir ao documentário permitiu que as estudantes identificassem e valorizassem tal experiência materna.

**Tabela 2: Questão 6**

<b>Antes do documentário</b>	<b>Depois do documentário</b>
<i>Em sua visão, quais são as características que uma mãe (ou figura materna) precisa ter para o bom desenvolvimento de seu filho, durante o seu primeiro ano de vida?</i>	<i>Após a exibição documental, quais são as características, que você acredita, que uma mãe (ou figura materna) precisa ter para o bom desenvolvimento de seu filho, durante o seu primeiro ano de vida?</i>
1) Receptividade, acolhimento, cuidado, paciência, ser compreensiva, bem-estruturada psicologicamente, disposta a ter a experiência de maternidade, permissora dá participação do pai (a figura paterna), e manejo com as necessidades do filho, oferecer subsídios para que ele se desenvolva, carinhosa.	1) Ser afetuoso, garantir a higiene do bebê e sua alimentação, e estimular o desenvolvimento motor com brincadeiras e exercícios, estimular a fala repetindo palavras e emitindo sons, garantir uma rotina para o bebê.
2) Amor, em primeiro lugar. A mãe deve estar presente para a criança, dando o apoio e cuidado que ela precisa para se desenvolver.	2) A mãe precisa estar disponível para cuidar da criança, em questões físicas e afetivas.
3) Penso que é preciso calma, atenção e carinho e uma boa condição emocional. Esse último fator é essencial pois uma depressão materna, por exemplo, impactos para o	3) Creio que precise de disponibilidade afetiva para providenciar os cuidados básicos para a criança e para impor limites.

desenvolvimento do bebê.	
4) Ser acolhedora, cuidar da higiene do bebê, e apresentá-lo ao mundo de forma acolhedora em relação aos momentos de frustração do bebê, ser paciente, cuidadosa.	4) Acolhimento, necessidade de frustrar o bebê também, boa relação durante o processo de alimentação. Então a mãe precisa ser acolhedora, paciente.
5) Deve ser amorosa, calma, paciente, compressiva.	5) Deve ser carinhosa, amável e compreensiva.
6) Deve ser paciente, amorosa, cuidadosa e responsável.	6) Acredito que deve ser cuidadosa, amável e sempre atenta aos limites que devem ser passados à criança.
7) Deve ter paciência, cuidado, dar atenção, ser presente literalmente (exemplo: ficar com o bebê e não sair do celular) alimentar na hora correta, e estimular no tempo certo.	7) Dar atenção quando solicitada (em situações plausíveis, durante uma birra não, por exemplo) deixar a criança ser criança e explorar o mundo. Ser afetiva e dar o suporte que o contexto pede.
8) Deve dar atenção e carinho para o bebê, por exemplo na hora da amamentação, olhar para o bebê, prestar atenção nele e não em celular ou outras coisas. Ter paciência e atender às suas necessidades também.	8) A figura materna precisa estar disponível para esse bebê. Dar atenção, carinho, ter paciência e a presença dela ali com ele.
9) A mãe deve antes de qualquer coisa amar seu filho e demonstrar isso a ele, ser sempre presente, transmitir segurança para o bebê, se possível amamentar, a mãe deve deixar claro para o bebê que ela sempre estará ao lado dele, que ele é extremamente importante.	9) A mãe deve ser presente, deve demonstrar amor ao seu filho, passar segurança a ele, assim ele se sentirá cuidado e querido, e quando o bebê se sente seguro e amado, pode-se desenvolver de uma maneira mais leve e sem grandes menos.
10) Para o bom desenvolvimento de uma criança no primeiro ano de vida, a mãe deve estar psicologicamente bem, sem frustrações, deve ser calma, paciente, atenciosa, empática aprender a controlar seus sentimentos e não descontar na criança.	10) Ser atenciosa, estar presente, cuidar da higiene etc.
11) A mãe deve ser atenciosa, acolhedora, paciente, deve estar	11) Precisa estar presente, deve auxiliar o bebê nas tarefas mais difíceis.

presente na criação dos bons e maus momentos.	
12) Para mim, a mãe deve ter paciência, cuidado respeito e deve saber dar espaço para que o bebê aprenda a ter o seu momento. Deve ser uma pessoa a qual cuida e a briga.	12) Deve haver troca de emoção e sentimento. Uma mãe tem que saber os limites e estimular a criança.
13) A mãe deve ser paciente, responsável, acolhedora e ser saudável ou forte o suficiente para não passar seus problemas psicológicos, medos e/ou aflições para a criança, esta deve ser consciente e carinhosa.	13) Acho que não existem características específicas, desde que a mãe seja acolhedora e cuidadosa, cada uma de acordo com sua cultura.
14) Deve ser uma mãe paciente, que de amor e auxílio para o bebê e que principalmente queira o bebê. É preciso que essa mãe tenha um equilíbrio para com o cuidado desse bebê para não tomar certas atitudes exageradas ou para não faltar atitudes.	14) Para um bom desenvolvimento do filho é preciso que a mãe ou figura materna seja paciente, dê amor, carinho, que tenha zelo para com a criança, mas que não fique em cima dela e a deixe explorar e conhecer o mundo.
15) A figura da mãe para o bebê é a mais importante, pois desde a gestação o bebê já possui uma ligação com a mãe ele se espelha nela em todos os atos e até a fala. O emocional da mãe influencia muito no emocional do bebê.	15) Em relação às características que a figura materna deve ter sobre o primeiro ano de vida do Bebê mudou depois documentário, pois eu pude perceber o quanto a mãe influencia no desenvolvimento da criança, as mães mais presentes eu pude perceber que as crianças possuíam o desenvolvimento melhor.

Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

Para a primeira estudante, o bom desenvolvimento do bebê se dava através de uma mãe afetuosa, carinhosa, que transmitisse segurança, bem-estar e que se adaptasse as necessidades do filho. Após o documentário, ela ampliou sua resposta dizendo que além de ser uma mãe suficientemente boa (WINNICOTT, 1975), era necessário um contexto favorável a estimulação deste bebê, de forma a aprimorar seu desenvolvimento, além de uma rotina estruturada, correspondendo o conceito de holding de acordo com os conceitos Winnicottianos, descritos por Nasio,

A sustentação psíquica consiste e dar esteio ao eu do bebê em seu desenvolvimento, isto é, em colocá-lo em contato com uma realidade externa simplificada, repetitiva, que permita ao eu nascente encontrar

---

pontos de referência simples e estáveis, necessários para que ele leve a cabo seu trabalho de integração no tempo e no espaço. (NASIO, 1995, p.187).

A segunda participante, antes e depois de assistir ao estímulo, pontuou que para que o filho se desenvolvesse bem, era necessário que a mãe atendesse todas as suas necessidades, quanto físicas como psicológicas. E fazer as três funções: holding, handling e apresentação do objeto (WINNICOTT, 1975; VALLER, 1990). O holding é a maneira como a mãe sustenta seu filho no colo, uma experiência física e simbólica que se constitui em segurar o bebê, pegar no colo com cuidado impedindo que ele caia, acalantar, aquecer e amamentar, pode resultar em consequências favoráveis para uma futura maturação (WINNICOTT, 1975). O handling se caracteriza pela maneira em que o bebê é manipulado e cuidado, dessa forma é através do manejo e do toque de mão das mães, que o filho experiência e constrói a sua imagem corporal e posteriormente a concepção de si mesmo. E por último, a apresentação do objeto, se constitui por apresentar gradualmente a realidade exterior para o bebê (WINNICOTT, 1975).

A participante 3 aprecia das mesmas condições citadas anteriormente, diferenciando-se ao acrescentar a importância de impor limites, após assistir ao filme, complementando a ideia de frustração como parte do processo de desenvolvimento, descrita também na teoria Winnicottiana. De mesma maneira que essa participante, a estudante 4 concebe os valores de frustrações após a exibição midiática, o que anteriormente não considerava como primordial em sua resposta.

Concomitantemente, antes de assistir ao documentário, as graduandas 5 e 6 pontuaram a importância do cuidado e do carinho na relação da díade. Entretanto, a sexta se preocupou em ressaltar que os cuidadores devem estipular um limite, pois isso poderia impedir o bom desenvolvimento do seu filho (WINNICOTT, 1975). Ela destacou a importância da frustração no desenvolvimento de uma criança como um elemento natural e que desempenha o fundamental papel entre o ego com o meio externo, com a realidade vivida pelo indivíduo, por seus grupos e pela sociedade a sua volta. Citou também a importância de suprir as necessidades básicas do bebê: como banho, higiene, alimentação e estimulação, assim como a décima participante. Posteriormente, reafirmou a importância do afeto materno e os cuidados exercidos ao bebê.

A sétima, oitava e décima primeira participante, antes e depois do documentário ressaltaram a importância de uma mãe que dê atenção para seu filho, estando realmente presente com ele, de acordo com as especificações de uma mãe suficientemente boa (WINNICOTT, 1975). Contudo, Joan após o estímulo, chamou a atenção ao fato de “deixar a criança ser criança e explorar o mundo”, sendo este um cuidado que a mãe deve ter para não prejudicar a autonomia do bebê. Nessas condições a nona graduanda também destaca suas concepções de acordo com esta teoria, tanto anteriormente ao assistir o documentário, quanto depois.

Primeiramente, a estudante 12 relata que as características que uma mãe deve ter está de acordo similarmente as concepções da mãe suficientemente boa (WINNICOTT, 1975), depois do documentário ela dá ênfase principalmente a uma mãe que supra tantos as necessidades emocionais como a importância da mãe estimular o contato da realidade externa e que suporte os momentos de limites do filho. A participante 13 também traz essas concepções, relatando condições em que as mães deveriam evitar, descritas por Winnicott (1975) como as de uma mãe insuficientemente boa. Após a exibição do documentário, ela acrescentou que em cada cultura e cada mãe, terão suas características próprias, não tendo a existência de uma regra para desempenhar a satisfação destas necessidades (ROGOFF, 2003).

A décima quarta e décima quinta estudantes, antes do estímulo ressaltaram a importância de a mãe precisar ter o desejo de ter essa criança, ir conhecendo-o e auxiliando em suas necessidades e assim se adaptando a ele. O que leva a reflexão de que, a mulher só aprende a ser mãe quando exerce essa função. Na gestação a mulher não sabe exatamente como cuidar do seu bebê, entretanto o vínculo entre a mãe e o bebê, a própria experiência com o bebê, sua experiência enquanto mãe e como filha que vão ser indicadores emocionais de como esta mãe deverá agir. Não existe um padrão, portanto não há como ensinar alguém a ser mãe, apenas sua própria experiência (WINNICOTT, 1964-1957). A capacidade da mãe de cuidar do seu bebê, não vem de um conhecimento formal, mas de uma sensibilidade adquirida no período gestacional associada a condição de vivenciar a potencialidade da relação estabelecida (WINNICOTT, 2001). Após o estímulo, elas pontuaram a importância da mãe suficientemente boa (WINNICOTT, 1975).

As principais necessidades citadas pelas estudantes se referiram ao ambiente emocional e a importância da mãe suficientemente boa (WINNICOTT, 1975). Grande parte abordou questões do ambiente físico, como higiene, alimentação, exploração e estimulação de tarefas, exercidas pelas mães. Contudo, quando se analisou a percepção dos estudantes ao que se referia as características que acreditam ser essenciais que uma mãe precisa ter, para o bom desenvolvimento de seu filho durante o primeiro ano de vida, a principal referência era aquela em que a mãe fosse sensível e atenta as necessidades de seu filho.

**Tabela 2: Questão 8**

<b>Antes do documentário</b>	<b>Depois do documentário</b>
<i>Como deve ser os momentos de separação da díade mãe-bebê e pai-bebê em sua concepção?</i>	<i>Após assistir o documentário, como você acredita que deve ser os momentos de separação da díade mãe-bebê e pai-bebê?</i>

<p>1) Os momentos de separação das díades são quando precisam voltar a trabalhar e esse bebê fica sob os cuidados de outro responsável ou em alguma instituição especializada, o desmame, o desfralde, sair do quarto dos pais, comer sozinho, ir para a escola/ maternal etc.</p>	<p>1) Os momentos de separação devem ser premeditados e esclarecidos. Por exemplo, o desmame, deve ocorrer aos poucos sem tirar o bebê a oportunidade de afeto com a mãe em momentos de colo e com o pai eu não sei pensar nos momentos de separação, só na volta para o trabalho, mas a mãe também tem esse momento (pelo menos em nossa cultura). Acho importante que os momentos juntos sejam ricos de afeto para suprir a separação.</p>
<p>2) Deve ser gradual, sempre respeitando o tempo da criança e seus limites na situação.</p>	<p>2) Deve acontecer gradualmente, levando em consideração ou tempo de cada criança. Mas podemos perceber que cada família em culturas diferentes lida com essa separação de uma forma.</p>
<p>3) A separação pode acontecer em pequenos momentos todos os dias para que a criança esteja pronta para a separação definitiva esses pequenos momentos podem ser a introdução de outras pessoas na vida do bebê (exemplo: avós), a permissão dos Pais em deixar outras pessoas pegarem e tomarem conta do bebê e a existência de momentos em que o bebê brinca sozinho.</p>	<p>3) Acredito que a criança deve ser estimulada a explorar seu ambiente e a ter uma autonomia para que consiga realizar a separação.</p>
<p>4) Gradualmente, para evitar frustrações de ambas as partes.</p>	<p>4) No rompimento da simbiose e quando o bebê aprende a identificar o que é ele e o que é a mãe, quando está integrada com o mundo.</p>
<p>5) Deve ser gradual, pois o bebê possa vir a sofrer caso aconteça repentinamente.</p>	<p>5) Ainda gradual, pois apesar da cultura os bebês se desenvolvem da mesma forma.</p>
<p>6) Deve ser de forma gradual, com afeto e cautela.</p>	<p>6) Acredito que deve ser aos poucos e com extremo cuidado com esses momentos para não ter consequências negativas para o bebê.</p>
<p>7) Tem que acontecer de maneira gradual, fazer a separação por</p>	<p>7) Deve respeitar o tempo da Criança e da mãe e do pai, não deve ser algo</p>

etapas, jamais deixar o bebê desamparado. Mostrar sempre apoio e que vai voltar para perto do bebê.	agressivo, tem que sustentar as necessidades de todos como seres completos (físico e psicológico).
8) Eu acredito que deva ser de forma gradual, sempre conversando com o bebê, a criança, de uma forma adequada a sua fase de desenvolvimento. De uma forma que o bebê não sinta que está sendo abandonado ou que não é mais amado.	8) Deve ser aos poucos, com calma e paciência, respeitando o tempo e os sentimentos dos bebês.
9) Os momentos de separação de um bebê, seja ela qual for dever ser feita com calma e aos poucos, para que não seja traumático para o bebê e nem para os pais e é de extrema importância que os pais estejam preparados para essa separação para transmitir segurança para o bebê.	9) Continua acreditando que os momentos que os bebês passam deve ser feito com cautela, aos poucos, para que ele vá se acostumando gradativamente com sua separação, se ela é feita de uma maneira muito brusca e repentina pode ser traumático para o bebê e para os pais.
10) De forma gradual e dinâmica para que a criança entenda que o pai ou a mãe vai voltar.	10) Mesmo após assistir o documentário acredito que essa separação da díade deve ser de forma gradual.
11) Deve ocorrer aos poucos a mãe ensinando a criança a comer, tomar banho sozinha, estar sempre ao dispor da criança caso surja alguma dúvida.	11) A mãe deve ajudar o bebê a nomear as coisas e mostrar que eles são seres separados ainda que sejam próximos.
12) Estes momentos devem ser repentinamente, acredito que deve haver momentos curtos e depois crescendo gradativamente para não gerar nenhum trauma, para a criança.	12) A separação deve acontecer de forma gradativa, aos poucos, para não acontecer nenhum trauma ou sequela para a criança.
13) O momento deve acontecer aos poucos, de modo que o bebê já seja capaz de passar por isso e ter um apego seguro.	13) Deve ser de acordo com a criança e a cultura que esta vive.
14) A separação de ambos deve começar logo cedo quando o bebê deve ficar nos momentos "sozinhos" para explorar o mundo.	14) Acredito que se os pais deixarem essa criança explorar mais o ambiente e programar de fazer atividades de vez em quando com mais pessoas e crianças, essa separação acontecerá de forma mais fácil e mais saudável.



15) Em minha concepção os momentos de separação mãe - bebê e pai - bebê tem que ser uma coisa natural onde os pais deixam bem claro para o bebê do percurso.	15) De uma forma madura, onde tanto o pai, quanto à mãe, seja sério, mas também mantém sempre ou afeto com o bebê.
--	--

Fonte: Autores (2019).

Para a graduanda 1, anteriormente a exibição do estímulo midiático, a separação entre cuidadores e bebê ocorriam quando havia a necessidade dos pais saírem para trabalhar, ou então em situações como o desmame, o desfralde, quando o bebê precisa ficar em uma instituição ou até mesmo dormir sozinho em um ambiente separado dos responsáveis. Contudo, ela só passou a considerar a qualidade desta separação, após assistir ao filme “Babies”, em que apontou a importância de uma separação gradativa, para que o bebê não tenha uma intensa angústia. A angústia de separação é uma reação instintiva, considerada natural para Bowlby (1990), entretanto se essa separação acontecer de forma repentina, pode acarretar uma desintegração do self do recém-nascido (WINNICOTT, 2000). A segunda participante já considerava tal fato antes de assistir “Babies”, mantém essa concepção, acrescentando que a separação gradual modifica de acordo com a cultura de cada família. (ROGOFF, 2003).

A graduanda 3, destaca, antes ao documentário, a importância de uma separação gradual, deve ser feita com tranquilidade, para que o bebê não se sinta abandonado, tendo a ilusão de que seus pais irão voltar. Sobre isso, Winnicott (1975) afirma que a capacidade que a criança tem de criar o objeto, depende da capacidade da mãe se adaptar as necessidades do bebê. Uma falha nesse processo permite que o bebê tenha a ilusão de criar o objeto, o que terá repercussão na separação. Dessa forma, o bebê tem a ilusão de que a mãe não irá abandoná-lo. Após o documentário ela amplia suas percepções, acrescentando a ideia de que o desenvolvimento do elo entre a díade mãe-bebê torna-se essencial para a constituição de sua identidade e de sua autonomia (Winnicott, 2000).

A quarta integrante, amplia sua visão anterior de uma separação saudável aquela em que ocorre de forma gradativa, passando a considerar a separação ao que Winnicott (1975) descreve como a personalização do bebê, ou ainda ao que Klein (1935) caracteriza como o surgimento de uma posição depressiva. Nesta posição, pode-se perceber uma mudança de visão do bebê ao perceber-se diferente na relação simbiótica, há uma luta pela sobrevivência do de seu self, tendo, nesse sentido, um sentimento de reconhecimento, de integração do eu e outros objetos, e até mesmo de preocupação.

As participantes 5, 6, 7, 8, 9,10 e 12 mantiveram as respostas, para elas a separação da díade deve ocorrer de maneira tranquila, natural e saudável (WINNICOTT, 1975). Destacam tal fato principalmente pois se acontecer de forma repentina, pode acarretar desintegrações do self do bebê, pois ele pode não

suportar uma separação brusca (WINNICOTT, 2000), sendo assim, a separação deve ser feita de forma gradual e tranquila para que não ocorra nenhum trauma no bebê (BOWLBY, 1990).

A décima primeira participante relata concepções importantes tanto antes como após assistir ao filme, primeiro ela destaca elementos referentes ao estado que Winnicott (1965) descreve como “rumo a independência”, ou seja, a autonomia necessária que o sujeito deve desenvolver, a partir da autorização e mediação de seus cuidadores, para conviver com as complexidades a sua volta, abrangendo seu ciclo social, e identificando-se com grupos e com a sociedade. Depois ela acresce a teoria do autor sobre a apresentação do objeto, que é tida como a fase de introdução a novos objetos, que permitem a interação do bebê com o seu ambiente e com outras figuras além de sua figura materna.

O apego seguro (BOWLBY, 1951) estava na concepção da graduanda 13 antes do estímulo, depois ela amplia essa visão, citando que este apego ocorre de diversas maneiras, de acordo com a variedade cultural. Ela cita essa transição como algo natural ao bebê, que de acordo com Nasio (1995) “Sendo assim, o ser humano vai construindo a capacidade de experimentar emoções, sentimentos, sem que eles representem uma ameaça potencial e sejam necessariamente, uma fonte de angústia insuportável”.

Já a integrante 14, concebe a socialização como um fato imprescindível a separação saudável da díade, além de desenvolver a autonomia da criança, quando os pais conseguem entrar em um estado de devoção, se adaptando e identificando com as necessidades do bebê, faz com esse se sinta seguro para explorar o ambiente. Quando os pais são acessíveis e receptivos para as requisições do filho, ele adquire uma confiança básica e consegue explorar o ambiente sem ansiedade acentuada (MAHLER et al, 1975).

A última participante foi a única a destacar especificamente a relação de separação da díade entre bebê e pai. Sobre isso, Rosa argumenta:

Quando tudo ocorre bem, a vida inicial do bebê se caracteriza pelo conjunto de experiências que acontecem no interior da relação mãe-bebê, da qual o bebê faz parte. O pai faz parte do ambiente e entra diretamente na vida do filho como mãe-substituta. Nas fases seguintes, na medida do crescente amadurecimento, o bebê começará a entrar em contato com aspectos do pai para, somente após ter conquistado o estatuto de identidade unitária e ter integrada a instintualidade, estabelecer uma relação direta e efetiva com o pai como terceira pessoa. (ROSA, 2009, p.59).

Sendo assim, de forma gradual é importante que a criança se diferencie da mãe e se reconheça como sujeito, entrando no estágio de dependência relativa (WINNICOTT, 1983). Por isso há a importância do papel paterno para a cisão da dupla mãe-bebê. No segundo momento, ela acrescentou ainda a importância de a separação acontecer no momento ideal com afetividade.

A maioria das integrantes destacaram que o processo de separação deve acontecer quando o bebê estiver preparado, para que assim ele perceba que ele e a mãe não são a mesma pessoa. Para Winnicott (1983) o bebê não existe sem o olhar da mãe, pois ele é uma parte da relação. É fundamental que alguém exerça a função materna e crie um ambiente que possibilite que o bebê possa evoluir e desenvolver seu potencial de amadurecimento e crescimento. Portanto, conclui-se que o estímulo pouco ampliou a visão dos participantes sobre a questão discutida. As participantes de forma geral pontuaram a importância de uma separação gradativa, tranquila e afetiva, tanto antes como depois do estímulo midiático. Algumas mencionaram que a separação deve ser feita no tempo ideal, entretanto elas não pontuaram qual era esse tempo. Apenas a última estudante salientou a importância paterna para a separação da díade mãe-bebê.

**Tabela 3: Questão 9**

<b>Antes do documentário</b>	<b>Depois do documentário</b>
<i>O que é fundamental para o bom desenvolvimento do bebê em seu primeiro ano de vida?</i>	<i>Após assistir o documentário, faça uma reflexão sobre o que é fundamental para o bom desenvolvimento do bebê em seu primeiro ano de vida?</i>
1) Receber todos os cuidados necessários para garantir uma boa saúde e uma boa relação de afeto com os pais. Receber todos os estímulos necessários para desenvolvimento físico (sons, cores cheiros, ambientes) e psicológico (afeto cuidados, pessoas, ambientes). Tomar todas as vacinas fazer todos os exames, ter acompanhamento pediátrico, estimular sua movimentação etc.	1) É bom que ele seja cuidado, é bom que tenha contato com pessoas e crianças além dos pais, que estejam livres para explorar seu espaço, que tenham um ambiente favorável (sem odor, barulho demais...) para não prejudicar fisicamente.
2) Ter alguém que possa dar amor e todos os cuidados necessários para seu desenvolvimento físico, psicológico e emocional.	2) É fundamental o cuidado da mãe, tanto em questões físicas, pois o bebê depende totalmente dela, quanto em questões emocionais e afetivas, pois o bebê precisa desse contato.
3) Acredito que seja paz com boa condição emocional, um ambiente saudável (limpo seguro), estimulação, higiene boa alimentação e bastante amor	3) Após assistir ao documentário penso que, para um bom desenvolvimento, o bebê precisa explorar seu ambiente, ser estimulado

e cuidado.	receber limites e ter uma figura de afeto para a qual recorre em momentos de dificuldade (exemplos: as figuras parentais).
4) Cuidados médicos e higiênicos adequados, ser apresentado ao mundo de uma boa forma após "ruptura" de simbiose mãe - bebê, pai- bebê, ou alguém que faça esse papel, boa amamentação/alimentação.	4) Boa relação e interação com a mãe, boa amamentação, integração da realidade para seu desenvolvimento, acolhimento da mãe e frustração.
5) Acima de tudo compreensão, calma da parte dos pais, e atenção para acontecer um desenvolvimento adequado.	5) Acredito que a tensão, estimulação e paciência são fundamentais para o crescimento de uma criança.
6) É fundamental ele ter a atenção dos pais para todos os cuidados e necessidades que possui.	6) Para um bom desenvolvimento do bebê em seu primeiro ano de vida é fundamental a presença dos pais que deverão prover os cuidados higiênicos, afetuosos, acompanhamento do desenvolvimento do bebê e estimulação.
7) Uma junção de fatores físicos e psicológicos, vindo dos cuidadores e da família, onde o bebê tenha suporte, amor, atenção, carinho, higiene cuidada, alimentação satisfatória etc.	7) É fundamental que os cuidadores superem aquilo que o contexto demanda do bebê, e juntamente com isso que o ame, pois é necessária uma paciência gigante que sem amor não se concretiza.
8) É necessário que viva em um ambiente equilibrado, que tenha rotina, que tenha a presença e atenção da figura materna e paterna e que tenha os estímulos necessários e adequados para sua fase de desenvolvimento.	8) O bebê não precisa ter as melhores roupas para as melhores casas, nem nada. Ele precisa saber que é amado, é cuidado que tem alguém ali que se importa com ele e, que brinca, que tem afeto.
9) É fundamental que o bebê seja amado, bem cuidado, se sinta seguro e protegido, ele deve sentir que é querido por quem está à sua volta e deve ser estimulado, no tempo certo e sem pressa, para que o desenvolvimento ocorra no tempo do	9) É fundamental que o bebê tenha sempre alguém que o ame e cuide dele ao seu lado, que mostre o que pode e o que não pode, mas também que o de liberdade para desenvolver suas habilidades e força descobertas

bebê.	sozinhos também.
10) Ambiente adequado, cuidadores estáveis psicologicamente, necessitam de afeto, apoio emocional e cuidados higiênicos.	10) Presença dos pais, estímulos, higiene adequada e atenção.
11) Alimentação adequada contato confiável e seguro com pais ou cuidadores primários acompanhamento com profissionais da Saúde.	11) Uma boa alimentação, atenção dos pais, cuidado com a higiene, devem ser realizadas atividades que estimulem seu desenvolvimento.
12) A principal para o desenvolvimento é a estimulação do bebê.	12) A fundamental para o desenvolvimento de um bebê é a estimulação e apoio que ela recebe da mãe, o meio em que ela vive.
13) É fundamental que ele seja bem cuidado não passe fome, não passe frio, não fique sujo e tenha o carinho/ afeto necessário para que ele cresça saudável.	13) É fundamental ou apego seguro na mãe, a satisfação das necessidades básicas, e a estimulação, além do afeto.
14) É fundamental a apresentação da realidade o que o bebê percebe que ele e a mãe não são a mesma pessoa, é importante dar amor e ter paciência.	14) É fundamental que os pais reservem um tempo para brincar com a criança e estimulem elas de diversas formas não apenas na hora de brincar e que deem tempo e espaço para essas crianças explorarem.
15) Acredito que o que é fundamental é a relação do bebê com os responsáveis e familiares e sua educação que recebe dos responsáveis.	15) É fundamental os pais estarem presentes em cada momento da vida do bebê ponto, também são fundamentais a higiene básica e a educação.

Fonte: Autores (2019).

A graduanda 1 acreditava que para ocorrer o bom desenvolvimento do bebê no primeiro ano de vida, era fundamental a presença dos pais e que eles suprissem as necessidades básicas do bebê e que tivesse estimulação adequada (WINNICOTT, 1975). Depois do documentário, ela concluiu que o principal era que as necessidades básicas do bebê fossem satisfeitas, adentrando a importância das relações sociais dessa criança para seu desenvolvimento. Antes e depois do documentário, a segunda estudante enfatizou a importância de um ambiente físico e psíquico saudável e preparado para receber o bebê.

A terceira participante, disse antes do documentário que era fundamental que a criança tivesse suas necessidades supridas, sejam elas ambientais ou recebendo estimulação. Depois ela tem a percepção da importância de ter alguém que exercesse a função de figura de afeto (WINNICOTT, 1975). A próxima graduanda, a quarta, antes e após o documentário, deixou evidente que para que o bebê possa se desenvolver o importante era que ele tivesse uma mãe suficientemente boa, desempenhando um ambiente suficientemente bom. Segundo Winnicott (1975) é aquela que oferece gratificação ao bebê e que o impulsiona ao desenvolvimento, mesmo que para isso seja necessário frustrá-lo, como ressalta a participante após o documentário, assim como a quinta participante destaca.

A sexta estudante demonstrou como fundamental para o bom desenvolvimento do bebê no primeiro ano de vida, que o pai, a mãe ou cuidador tivesse disponibilidade psíquica para exercer a maternidade. Como argumentou Winnicott (2001), *a questão da preparação materna não depende unicamente de uma constituição biológica. Assim sendo, existem mulheres que, mesmo não sendo as mães biológicas, e/ou até mesmo o pai, exercem tal função de forma bastante competente. Nesse contexto, não se limita apenas a maternidade biológica, mas a função materna que pode ser exercida por pessoas diferentes, de formas diversas e em contextos culturais variados.* Ela ressaltou a importância do ambiente emocional para o desenvolvimento de um self integrado do bebê e que fosse suficientemente bom para que se adaptasse às necessidades básicas e iniciais dele (WINNICOTT, 1975).

Depois de assistir o documentário, a graduanda 7 afirmou a importância de ter alguém disposto a exercer o papel de cuidador, e a importância de uma figura afetiva, sendo essa alguém que exerça o holding, handling e apresentação do objeto, o que constitui a mãe suficientemente boa para Winnicott (1975). Anteriormente, ela se referia às condições ambientais. Já a oitava participante, que também tinha essas concepções antes do documentário, ressaltando a ideia de uma rotina estruturada, correspondendo o conceito de holding de Winnicott (1975). Posteriormente, ressaltou a importância do ambiente emocional independente do ambiente físico (DIAS, 2002).

As demais integrantes, descrevem o bom desenvolvimento do bebê no primeiro ano de vida, aquele em que há a presença principalmente de afeto e cuidados, de acordo com a teoria da mãe suficientemente boa, descrita anteriormente neste trabalho, através da teoria de Winnicott. Sendo que o ambiente deva privilegiar a autonomia e estimulação deste bebê. Há também a menção do apego seguro descrito por Bowlby, como citado pela décima terceira integrante.

A décima quarta integrante foi a única a pontuar a importância do brincar para o bom desenvolvimento no primeiro ano de vida, além de ter uma mãe suficientemente boa, que a criança possua liberdade para brincar, que segundo Winnicott (1975) é apenas brincando que a criança desenvolve sua liberdade de criação. Franco (2003, p.48) acrescenta “o brincar facilita a comunicação consigo e

com os outros, propiciando experiências inéditas de desintegração e integração do indivíduo”. Dessa forma as estudantes compreenderam que independente do ambiente cultural e físico, o primordial era que o bebê no primeiro ano de vida, tivesse um ambiente psíquico e emocional apto para potencializar seu processo de maturação.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Prezando o objetivo do estudo de compreender e analisar as percepções e concepções de alunos de psicologia sobre a relação mãe-bebê-pai no primeiro ano de vida em diferentes culturas, a mediação comunicativa utilizada, o documentário “Babies” de Thomas Balms, se mostra uma medida possível de se iniciar reflexões e indagações diante determinado assunto.

O estudo permitiu uma aproximação do olhar das participantes sobre seus próprios valores culturais, sobre as divergências destes com os de outras culturas e ainda sobre avaliar suas auto concepções, podendo estas serem preconceituosas ou não, desejáveis de mudanças ou não.

As estudantes mostraram-se conscientes destas diferenças culturais, contudo, como destacado no corpo deste estudo, Rogoff (2003) apresenta o fato de se estar inserido em determinado contexto sociocultural, como precursor de estranhamento quando um indivíduo se encontra com um ou mais outros elementos de culturas diferentes.

Todavia, as percepções estabelecidas pelas estudantes compreendem e percebem as diferenças afetivas e de manejo em relação a sua cultura, mas não como algo marcante que impossibilitasse o vínculo mãe-bebê. A visão das participantes possibilitou o olhar de que independentemente do modo como as mães abarcam em sua maternidade, sendo frutos de suas culturas, elas exercem seus papéis garantindo um bom desenvolvimento biopsicossocial a seus filhos. Com isso, nota-se constantemente o emprego da teoria de Winnicott (1975), de uma mãe suficientemente boa, nas respostas das participantes.

Diante disso, as estudantes mostraram sentir a necessidade de desconstruir suas visões subjetivas sobre os primeiros cuidados de um bebê em algumas questões. Os elementos destacados foram principalmente aqueles em que elas tiveram contato disciplinar na faculdade, destacando entre eles teorias psicanalíticas e de desenvolvimento humano, sobre o lado afetivo, Inter e intrasubjetivos. Sendo assim, pode-se notar que o instrumento utilizado pelas pesquisadoras foi estimulante neste aspecto, podendo ser um meio de emergir novos questionamentos auto perceptivos.

As condições de maternagem apresentadas no estudo, tanto na construção de apego-seguro descrita por Bolby (1990) como na construção de self (WINNICOTT, 1975) se mostrou demasiadamente importante aos integrantes da

pesquisa, de forma que não foi levantado questionamentos contraditórios a estas teorias; Com isso, apesar das peculiaridades e singularidades de cada grupo cultural, o ponto em destaque dos resultados deste estudo se eleva a disponibilidade materna e a capacidade de fazer as três funções descritas por Winnicott (1975) e Valler (1990): holding, handling e apresentação do objeto, independentemente das condições e construções culturais envolvidas nestes processos.

Diante tais considerações é fundamental que a investigação acerca de percepções e concepções de estudantes na Ciência Psicológica continuem em processo de construção, colaborando ao questionamento reflexivo deles, de forma não passiva, como o sistema educacional está acostumado e inserido. A partir destas reflexões o estudante consegue avaliar e aprimorar seu autoconhecimento e o conhecimento do mundo a sua volta!

## REFERÊNCIAS

ANDRADE, LBP. *Educação infantil: discurso, legislação e práticas institucionais*. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 193 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/h8pyf/pdf/andrade-9788579830853-05.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

BALMES, Thomas. *BABIES*. Produção: Alain Chabat, Christine Rouxel, Amandine Billot. França: StudioCanal, 2010. Bobina Cinematográfica.

BARBIERI, V. (2009). *A experiência materna de mulheres brasileiras, francesas e árabes e o desenvolvimento do self infantil*. Projeto de Pós-Doutorado apresentado à Universidade de São Paulo. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

BARBIERI, V. (2012). *L'expérience maternelle de femmes brésiliennes, françaises et maghrébines et le développement du self infantile*. Rapport partiel de recherche de Post-Doctorat présenté à la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP. São Paulo, São Paulo.

BION, W. R. (2004). *Elementos da psicanálise*. (E. H. Sandler, & P. C. Sandler, Trads.). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1963).

BOWLBY, J. **Apego**. São Paulo, Martins Fontes, 1990.

BONFIM, Irma Helena Ferreira Benate. *“Narrativas Maternas: um estudo transcultural com mães brasileiras e francesas”* : A qualidade da função materna. 2014. 338 p. Tese (Doutorado em Psicologia) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2014.



---

BRUM, Evanisa Helena Maio de; SCHERMANN, Lígia. *Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco*. 2004. 457-467 p. Artigo (Artigo de Psicologia) - [S.l.], 2004.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. CRP. *Resolução Nº 196/96*. Disponível em: <[http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/outros-de-int-categoria/fr\\_cns\\_196-9\\_6.aspx](http://www.crpsp.org.br/portal/orientacao/outros-de-int-categoria/fr_cns_196-9_6.aspx)>. Acesso em: 20 out 2018.

DIAS, E. O. (2002) *A trajetória intelectual de Winnicott*. *Natureza Humana*, 4(1). Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/-scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302002000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/-scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302002000100004&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 16 set 2018.

FELDMAN, Ruth Duskin; PAPALIA, Diane E. *Questões de desenvolvimento na primeira infância*. In: FELDMAN, Ruth Duskin; PAPALIA, Diane E. *Desenvolvimento humano*. 12. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013. cap. 6, p. 219-225.

FRANCO, Sérgio de Gouvêa. *O brincar e a experiência analítica*. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 6, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-14982003000100003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982003000100003)>. Acesso em: 02 set 2018.

GRANERO, Gabriela Souza. *Gerando a vida: O desabrochar da gestação de alto risco em mulheres adultas e adolescentes*. Projeto de pesquisa (Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso.) - Centro Universitário Municipal de Franca Uni-FACEF, Franca, 2015.

KLEIN, M. (1996). *Amor, culpa e reparação*. In *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. (A. Cardoso, Trad., pp. 346-384). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1937).

\_\_\_\_\_. *Uma contribuição à psicogênese dos estados maníaco-depressivo*. In *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos*. São Paulo: Imagino, 1935. p.301-329.

NASIO, J. D. et al. *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto e Lacan*. Rio de Janeiro, Zahar, 1995.

MAHLER, M.; PINI, F.; BERGMAN, A. *O nascimento psicológico das crianças: simbiose e individuação*. Rio de Janeiro, Zahar, 1975.

MOREIRA, Marco Antônio. *Teorias de aprendizagem: A teoria de mediação de Vygotsky*. 2 ed. São Paulo: E.P.U., 1942. 242 p.

NASIO, J. D. et al. (1995). *Introdução às obras de Freud, Ferenczi, Groddeck, Klein, Winnicott, Dolto e Lacan*. Rio de Janeiro: Zahar.

OLIVEIRA, Paula Marciana Pinheiro de et al. *Uso do filme como estratégia de ensino-aprendizagem sobre pessoas com deficiência: Percepção de alunos de enfermagem*. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000200013)>. Acesso em: 27 ago 2018.

PETOT, Jean Michel. *Melanie Klein II - O ego e o bom objeto (1932-1960)*. Tradução de Belinda P. Haber e outros. 2ed. Brasil, Perspectiva, 2017.

PIRES, Maria da Conceição Francisca; SILVA, Sergio Luiz Pereira da. *Cinema, educação e a construção de um imaginário social contemporâneo*. 2014. 607-616 p. Artigo- Unicamp, Campinas, 2014. v. 35, n.127. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v35n127/v35n127a15.pdf>>. Acesso em: 21 ago 2018.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. *Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais*. In: BEUREN, Ilsa Maria. Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade. Santa Catarina: Atlas, 2003. cap. 3, p. 76-97. Disponível em: <[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33863767/metodologia\\_de\\_pesquisa\\_aplicavel\\_as\\_ciencias\\_sociais.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWO WYYGZ2Y53UL3A&Expires=1526755410&Signature=Mgkay1ASU1YMO9kZdAR%2BMz6yBAQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMetodologia\\_de\\_pesquisa\\_aplicavel\\_as\\_cie.pdf](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33863767/metodologia_de_pesquisa_aplicavel_as_ciencias_sociais.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWO WYYGZ2Y53UL3A&Expires=1526755410&Signature=Mgkay1ASU1YMO9kZdAR%2BMz6yBAQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DMetodologia_de_pesquisa_aplicavel_as_cie.pdf)>. Acesso em: 18 ago 2018.

ROCHEL, Paula Beatriz Gallerani Cuter. *A importância da relação mãe-bebê no primeiro ano de vida como fator determinante para um desenvolvimento emocional satisfatório*. 83 p. Artigo (Artigo em Psiquiatria) - Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba, Sorocaba, 2012.

ROGOFF, Barbara. *The Cultural Nature of Human Development: Orienting Concepts for Understanding Cultural Processes*. 1. ed. New York, EUA: Oxford University Press, 2003. 448 p. 11.

ROSA, Claudia Dias. *O papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott*. Nat. hum., São Paulo, v. 11, n. 2, p. 55-96, fev. 2009. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-24302009000200003&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-24302009000200003&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 16 set. 2018.

RENÉ A., SPITZ. *O primeiro ano de vida*. São Paulo: Martins Fontes, 1987. 280 p.

SANTOS, M. A. (1999). *A constituição do mundo psíquico na concepção winnicottiana: uma contribuição à clínica das psicoses*. Psicologia: Reflexão e Crítica, 12(3), 603-623.

---

VALLER, E.H.R. (1990). *A teoria do desenvolvimento emocional de D.W. Winnicot*. *Rev. Bras. Psicanal.* v. XXIV, n. 2, pp. 155-70.

WINNICOTT, Donald Woods. *A criança e o seu mundo*. Tradução de Álvaro Cabral. 6. ed, Rio de Janeiro: Itc, 1964-1957.

\_\_\_\_\_. *O brincar e a realidade*. Tradução de José O. de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro, Imago, 1975.

\_\_\_\_\_. *O ambiente e os processos de maturação*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

\_\_\_\_\_. *Da pediatria a psicanálise*. 2. ed. Imago, 2000.

\_\_\_\_\_. *A família e o desenvolvimento individual*. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. 3ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ZIMERMAN, David E. *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica-uma abordagem*. Porto Alegre, Artmed, 1999. Cap. 07.

## APÊNDICE A

### CENTRO UNIVERSITÁRIO MUNICIPAL DE FRANCA UNI-FACEF

#### PERCEPÇÕES E CONCEPÇÃO DE ALUNOS DE PSICOLOGIA SOBRE A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ-PAI NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM DIFERENTES CULTURAS.

Identificação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino; ( ) Masculino; ( ) Outro;

**ROTEIRO I** referente a pesquisa “Percepções e concepção de alunos de psicologia sobre a relação mãe-bebê-pai no primeiro ano de vida em diferentes culturas”, conduzida por Mariana Cervi Taveira.

Leia atentamente as perguntas e responda individualmente e livremente, de acordo com suas percepções e concepções.

---

**Obs:** Não existem respostas corretas para as perguntas. Estas possuem o objetivo de autoquestionamento.

**QUESTÕES-** insira abaixo suas respostas pessoais.

**1)** Qual ambiente você acredita ser mais saudável para o bom desenvolvimento de uma criança?

---

---

---

---

**2)** Você acredita que existam algumas condições físicas e/ou psicológicas extremamente necessárias no cuidado de um bebê, durante o seu primeiro ano de vida? E os desnecessários? Explique.

---

---

---

---

---

---

---

**3)** Comente como você acredita que deve ser a higiene de um bebê.

---

---

---

---

---

---

---

**4)** Em sua percepção, como deve ser a apresentação da realidade para um bebê? Explique sobre isso.

---

---

---

---

---

---

---

---

**5)** Um bebê pode ficar sozinho? Se sim, quando e como? Como deve ser sua estimulação?

---

---

---

---

---

---

---

---

**6)** Em sua visão, quais são as características que uma mãe (ou figura materna) precisa ter para o bom desenvolvimento de seu filho, durante o seu primeiro ano de vida?

---

---

---

---

---

---

---

---

**7)** Em sua visão, quais são as características que um pai (ou figura paterna) precisa ter para o bom desenvolvimento de seu filho, durante o seu primeiro ano de vida?

---

---

---

---

---

---

---

---

**8)** Como deve ser os momentos de separação da díade mãe-bebê e pai-bebê em sua concepção?

---

---

---

---

---

---

---

---

**9)** O que é fundamental para o bom desenvolvimento do bebê em seu primeiro ano de vida?

---

---

---

---

---

---

---

---

## Apêndice B

### CENTRO UNIVERSITÁRIO MUNICIPAL DE FRANCA UNI-FACEF

#### PERCEPÇÕES E CONCEPÇÃO DE ALUNOS DE PSICOLOGIA SOBRE A RELAÇÃO MÃE-BEBÊ-PAI NO PRIMEIRO ANO DE VIDA EM DIFERENTES CULTURAS.

Identificação:

Idade:

Sexo: ( ) Feminino; ( ) Masculino; ( ) Outro;

**ROTEIRO II** referente a pesquisa “Percepções e concepção de alunos de psicologia sobre a relação mãe-bebê-pai no primeiro ano de vida em diferentes culturas”, conduzida por Mariana Cervi Taveira.

Leia atentamente as perguntas, após assistir o documentário “Babies” de Thomas Balms, responda-as individualmente e livremente, de acordo com suas percepções e concepções, levando em conta os impactos causados pelo documentário e das discussões feitas sobre ele.

---

**Obs:** Não existem respostas corretas para as perguntas. Estas possuem o objetivo de autoquestionamento.

**QUESTÕES** - insira abaixo suas respostas pessoais.

**1)** Depois de assistir o documentário, sua concepção de qual ambiente acredita ser mais saudável para o bom desenvolvimento de uma criança mudou? Explique.

---

---

---

---

**2)** Após o estímulo midiático, você acredita que existam algumas condições físicas e/ou psicológicas extremamente necessárias no cuidado de um bebê, durante o seu primeiro ano de vida? E os desnecessários?

---

---

---

---

**3)** Como você acredita que deve ser a higiene de um bebê, após assistir o filme? Suas percepções e concepções sofreram alterações?

---

---

---

---

---

---

**4)** Como deve ser a apresentação da realidade para um bebê?

---

---

---

---

---

---

**5)** Após assistir o filme, você acredita que um bebê pode ficar sozinho? Se sim, quando e como? Como deve ser sua estimulação?

---

---

---

---

---

**6)** Após a exibição documental, quais são as características, que você acredita, que uma mãe (ou figura materna) precisa ter para o bom desenvolvimento de seu filho, durante o seu primeiro ano de vida?

---

---

---

---

---

**7)** E quais são as características que um pai (ou figura paterna) precisa ter para o bom desenvolvimento de seu filho, durante o seu primeiro ano de vida?

---

---

---

**8)** Após assistir o documentário, como você acredita que deve ser os momentos de separação da díade mãe-bebê e pai-bebê?

---

---

---

---

**9)** Após assistir o documentário, faça uma reflexão sobre o que é fundamental para o bom desenvolvimento do bebê em seu primeiro ano de vida?

---

---

---

**10)** Você acredita que o documentário o ajudou, como instrumento, a refletir sobre questões culturais, sobre relações entre o bebê e sua família, sobre o



---

desenvolvimento no primeiro ano de vida? Você sente a necessidade de desconstruir alguma percepção ou concepção anterior ao filme? O documentário pode ser um mediador de avaliar preconceitos? Explique e reflita.

---

---

---

## APÊNDICE C

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO\*

Prezado(a) estudante,

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa “Percepções e concepção de alunos de psicologia sobre a relação mãe-bebê-pai no primeiro ano de vida em diferentes culturas” conduzida por Mariana Cervi Taveira, aluna do curso de Psicologia do Centro Universitário Municipal de Franca Uni-Facef e supervisionada pela Professora Doutora Irma Helena Ferreira Benate Bonfim.

Você foi selecionado(a) por estar cursando a disciplina de psicanálise. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não te acarretará prejuízos.

Os dados desta pesquisa serão analisados e apresentados ao Centro Universitário de Franca (Uni-FACEF) como requisito do Trabalho de Iniciação Científica, os resultados podem ser divulgados em congressos e artigos científicos, contudo os nomes de identificação dos mesmos serão substituídos por nomes fictícios, a fim de preservar o sigilo ético.

Caso você decida participar desta pesquisa voluntariamente, é importante destacar que esta pesquisa possui eventual risco de constrangimento dos sujeitos da pesquisa por estarem vinculados a um degrau acadêmico, o eventual risco é perfeitamente contornável através das cautelas éticas. Sua participação não é remunerada e não implicará em gastos. Esta pesquisa é sigilosa, sendo seus dados confidenciais, assim como sua identidade, de maneira nenhuma os resultados individuais serão divulgados, visando assegurar o sigilo de sua participação. Em caso de publicação desta pesquisa, o colaborador declara-se desde já ciente.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder dois questionários abertos, contendo 19 perguntas no total, assistir o documentário “Babies”, de Thomas Balmes (2010), estipulado pela pesquisadora como

instrumento e participar de um debate conduzido pela mesma, concedendo à pesquisadora as análises de dados destes questionários e do debate. A participação será realizada em duas sessões de duas horas, marcadas previamente entre os colaboradores e a pesquisadora.

A presente pesquisa tem como benefício aprofundamento científico da temática em questão, além de ajudar na reflexão do uso do cinema no ensino de psicanálise para estudantes de Psicologia. Além disso, o estudante participante poderá avaliar seus conceitos e preconceitos culturais e sua multicentricidade, aumentando seu autoconhecimento.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável. Seguem os contatos da pesquisadora, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Após estes esclarecimentos, solicita-se seu consentimento de forma livre para que participe desta pesquisa. Portanto preencha, em caso de assentimento, os itens que se seguem:

Orientadora: \_\_\_\_\_

Professora Doutora Irma Helena Ferreira Benate Bonfim.

Contato: [irma@benate.com.br](mailto:irma@benate.com.br) Cel.: (16) 99207-6311.

Pesquisadora: \_\_\_\_\_

Mariana Cervi Taveira

Contato: [mariana.cervi@hotmail.com](mailto:mariana.cervi@hotmail.com) Cel.: (16) 99602-1007.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Franca, SP, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\*Elaborado de acordo com a Resolução nº196/96 do conselho nacional de saúde, decreto nº93933 de 1987.

Participantes:

---

Eu, \_\_\_\_\_  
portador(a) do RG nº. \_\_\_\_\_, ciente das informações acima mencionadas, autorizo minha participação na pesquisa “Percepções e concepção de alunos de psicologia sobre a relação mãe-bebê-pai no primeiro ano de vida em diferentes culturas”, conduzida por Mariana Cervi Taveira, como forma de contribuição ao progresso científico.

Assinatura \_\_\_\_\_

---

## **QUALIDADE DE VIDA E CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS DOS CURSOS DE MEDICINA E PSICOLOGIA DO INTERIOR DE SÃO PAULO**

Bruna Ferracine Faccirolli  
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF  
brunaferracinef@hotmail.com

Maria Beatriz Machado Bordin  
Doutora em Psicologia – Uni-FACEF  
bebordin@hotmail.com

### **1. INTRODUÇÃO**

O Fórum de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis [FONAPRACE], 2004) realizou duas pesquisas, em 2003 e 2010, sobre o perfil socioeconômico e cultural dos estudantes das instituições federais de ensino superior brasileiras. Entre os inúmeros dados obtidos em 2003, os relacionados ao sofrimento psíquico apontaram que 36,9% dos estudantes relataram sofrer alguma dificuldade emocional, sendo que a prevalência é maior entre os primeiros (39,5%) e os últimos anos da graduação (36,9%). Já os dados referentes a 2010 (FONAPRACE, 2011) apontam que 47,7% dos estudantes se queixou de sofrimento psíquico, um aumento relevante em relação ao mesmo percentual de 2003. Destes, 29% procuraram atendimento psicológico, 9% procuraram atendimento psiquiátrico, 11% usaram ou estão usando medicação psiquiátrica e 10% procuraram atendimento psicopedagógico.

Particularmente o estudante universitário da área de Saúde, que desde o início da graduação, torna-se o que Padovani et al. (2014) chamam de “cuidador precoce”, por ter que lidar com as angústias e anseios de pacientes e familiares, torna-se bastante vulnerável a desenvolver sintomas de ansiedade, depressão e estresse (CAVESTRO e ROCHA, 2006; PADOVANI et al., 2014; ) sendo, este último, apontado em muitos casos, como um dos principais fatores ambientais que predispõem à depressão.

De acordo com Nogueira e Neufeld (2014, p. 2)

A alta prevalência de sintomas depressivos, ansiosos e de estresse nos estudantes é considerada alarmante. A morbidade psicológica não implica apenas em prejuízos no âmbito da saúde, desempenho e qualidade de vida dos estudantes, mas pode trazer consequências no âmbito familiar, institucional e com pares. Isso reforça a necessidade de medidas de intervenção e prevenção específicas para os transtornos de ansiedade e depressão no contexto universitário.

---

A partir do exposto, a presente pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade de vida e os níveis de estresse e de depressão de estudantes universitários ingressantes dos cursos de Medicina e Psicologia de uma instituição de Ensino Superior de Franca, comparando-os os com relação a tais indicadores.

## 2. QUALIDADE DE VIDA – DEFINIÇÃO E CONCEITO

Historicamente, a conceituação de qualidade de vida é bem complexa, já que não há nenhum marco definido sobre quando este termo e sua definição foram utilizados pela primeira vez.

De acordo com Araújo (2009) apud Bacha et al. (2012), o conceito de qualidade de vida aparece desde antes de Aristóteles, quando o conceito era relacionado à “felicidade” e “boa vida”. Porém, foi por volta de 1920 que o termo foi utilizado pela primeira vez por Pigout, em um trabalho sobre economia e bem-estar (OLIVEIRA, 2006, e ARAÚJO, 2009, apud BACHA et al., 2012). Seidl e Zannon (2004) acreditam que o termo apareceu pela primeira vez nos anos 30 na literatura médica, porém pouquíssimos estudos sobre o tema que datam essa época foram encontrados. Scattolin (2006, p. 2) afirma que

O termo aparece pela primeira vez em periódicos médicos na década de 60, em um editorial intitulado “Medicina e Qualidade de Vida”, no qual o autor discute as responsabilidades da Medicina a respeito da condição de pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. A partir daí, aumentou de forma expressiva a sua utilização na literatura médica e nas ciências de saúde.

Após a Segunda Guerra Mundial, a preocupação com a qualidade de vida aumentou, pois se tinha o intuito de descrever o efeito que os bens materiais exerciam na vida dos indivíduos (BACHA et al, 2012; SCATTOLIN, 2006).

Foi em 1964 que a expressão se tornou bastante difundida, a partir da declaração “os objetivos não podiam ser medidos por meio do balanço dos bancos, mas só podiam ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (BACHA et al., 2012, p. 152), feita pelo então presidente dos Estados Unidos Lyndon Johnson, na qual se atribui uma relação da qualidade de vida com a política e com o padrão de vida (PINHEIRO, 2008 apud BACHA et al., 2012; FLECK et al., 1999). A partir desta década, segundo Costa Neto (2002 apud Seidl e Zannon, 2004), notou-se que houve um aumento gradativo do interesse pelo tema “qualidade de vida”, sendo o mesmo cada vez mais frequente em pesquisas e trabalhos da área da saúde.

Segundo Oliveira (2006 apud BACHA et al. 2012), em 1947 o conceito de qualidade de vida adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) definia a saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social”. Portanto, o conceito de qualidade de vida, por algum tempo, baseou-se nesta visão de saúde que a OMS trazia. Porém, a mudança na conceituação de saúde acarretou mudanças na definição de “qualidade de vida”.

Seidl e Zannon (2004) acreditam que, a partir dos anos 90, há um consenso entre os autores quanto aos aspectos de subjetividade e multidimensionalidade relacionados ao conceito .

The WHOQOL Group (1995, p. 1405 apud SEIDL e ZANNON, 2004), define “qualidade de vida” como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Em consonância com o aspecto da subjetividade e da multidimensionalidade ao se definir “qualidade de vida”, Abrams (1973 apud SCATTOLIN, 2006) afirma que esta varia de acordo com o grau de satisfação e de insatisfação em que as pessoas se encontram nos mais variados aspectos de suas vidas. Dalkey e Rourke (1973 apud SCATTOLIN, 2006) também definem o referido termo no mesmo sentido, sendo que a qualidade de vida depende da sensação de bem-estar do indivíduo, além de sua felicidade ou infelicidade. Complementando os autores citados, Scattolin (2006) afirma que os pesquisadores deste tema têm a convicção de que Qualidade de Vida pode significar coisas diferentes para diferentes indivíduos e que seu significado também pode variar, dependendo da área de aplicação.

Minayo, Hartz e Buss (2000) têm uma visão um pouco mais ampla e polissêmica do conceito em questão. Para eles

“Qualidade de vida” é uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e à própria estética existencial. Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO, HARTZ e BUZZ, 2000, p. 8).

Pode-se dizer que “qualidade de vida” não se limita apenas à condição de saúde e às intervenções médicas, mas refere-se também à percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário (FLECK et al., 1999; ARTIGAS, MOREIRA e CAMPOS, 2017), “incluindo o desenvolvimento socioeconômico e humano, a percepção individual, agregando valores referentes aos sintomas físicos, mentais e sociais, bem como limitações causadas por uma doença [...]” (ARTIGAS, MOREIRA e CAMPOS, 2017, p. 85). Além disso, a noção de qualidade de vida também

reflete a percepção que têm os indivíduos de que suas necessidades estão a ser satisfeitas ou, ainda, que lhes estão a ser negadas oportunidades de alcançar a felicidade e a autorrealização, com independência de seu estado de saúde físico ou das condições sociais e econômicas (OLIVEIRA, 2003, p. 42).

A qualidade de vida, portanto, é um conceito que está bastante em ascensão na área da saúde, tanto física, quanto psicológica e social, tentando trazer

---

bem-estar e conforto, mesmo havendo dificuldades, deficiências e certo grau de sofrimento devido a alguma condição.

### **3.CONDIÇÕES PSICOLÓGICAS QUE INFLUENCIAM NA QUALIDADE DE VIDA**

Inúmeros fatores interferem no bem-estar afetando a percepção que uma pessoa desenvolve acerca de sua própria vida. No caso dos jovens universitários, iniciar uma nova etapa de vida, assumindo responsabilidades e novas tarefas, pode acarretar dificuldades de adaptação nesta etapa do desenvolvimento e o surgimento de sintomas como estresse, ansiedade e depressão.

#### **3.1. Estresse**

Uma das consequências mais comumente associadas às mudanças provocadas na vida do adolescente ou do jovem adulto pelo ingresso na universidade é o estresse, que pode ser considerado como uma reação física e/ou psicológica do próprio organismo quando o indivíduo se encontra em uma situação considerada ameaçadora ou problemática e, em alguns casos, até mesmo em situações que deixem o indivíduo extremamente feliz (VIEIRA e SCHERMANN, 2015; SANTOS et al., 2015). Ele pode ser considerado uma consequência causada por estímulos que provocam excitação emocional, perturbando a homeostase do sujeito, causando, assim, uma mudança fisiológica de aumento da secreção de adrenalina (MARGIS et al, 2003).

O termo “estresse”, de acordo com Houaiss, Villar e Franco (2001 apud MARGIS et al, 2003), denota o estado causado pela percepção de estímulos que geram excitação emocional, perturbando, dessa forma, a homeostase, e disparando um processo de adaptação caracterizado pelo aumento de secreção de adrenalina, ocasionando, assim, diversas manifestações sistêmicas, no campo emocional, fisiológico e psicológico. Marilda Lipp (1996, p.20) define estresse como

[...] uma reação do organismo, com componentes físicos e/ou psicológicos, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrita, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz.

Ressalta-se que o estresse não é uma reação única, mas sim um processo. A partir do momento em que o indivíduo entra em contato com a fonte do estresse desencadeia-se um longo processo bioquímico, trazendo como sinais fisiológicos taquicardia, tensão muscular, boca seca, sudorese excessiva e sensação de estar alerta (FURTADO, FALCONE e CLARK, 2003; LIPP, 1996).

A partir do momento em que o indivíduo entra em contato com algum estressor, este desencadeia um processo de estresse, que consiste, de acordo com Selye (1952 apud LIPP, 1996), em três fases, sendo elas a fase de alerta, a fase de resistência e a fase de exaustão. Entretanto, Lipp (2000 apud FURTADO, FALCONE e CLARK, 2003; VIEIRA e SCHERMANN, 2015), em seu Inventário de Sintomas de

---

Stress para Adultos (ISSL), acrescentou uma quarta fase ao processo de estresse. Esta nova fase, situada entre as fases de resistência e de exaustão, é a fase de quase-exaustão.

O estresse pode ser percebido e diagnosticado a partir de alguns sintomas apresentados pelo indivíduo, sintomas estes de caráter físico e emocional. Tratando-se da área emocional, indivíduos afetados por estresse por apresentar-se apáticos, depressivos, desanimados, desalentados e com hipersensíveis emotivos, além de poderem apresentar raiva, ira, irritabilidade e ansiedade. O estresse também tem o potencial de desencadear surtos psicóticos e crises neuróticas (LIPP, 1996).

No aspecto físico, de acordo com Lipp (p. 24. 1996)

[...] o stress pode contribuir para a etiologia de várias doenças mais graves e afetar profundamente a qualidade de vida individual e de populações específicas. Dentre as doenças psicofisiológicas estudadas que têm o stress presente em sua ontogênese, como um fator contribuinte ou desencadeador, encontram-se: hipertensão arterial essencial, úlceras gastroduodenais, câncer, psoríase, vitiligo, retração de gengivas, depressão, pânico e surtos psicóticos. Necessário se torna entender, no entanto, que ao stress não pode ser atribuído o papel de causa dessas patologias, mas sim uma ação desencadeadora ou agravante da problemática.

As patologias decorrentes do processo desencadeado por um estressor podem ser classificadas, então, de psicofisiológicas, já que há uma correlação entre os aspectos físicos e psicológicos, manifestando-se de maneira quase inseparável durante o processo de estresse (LIPP, 1996).

### **3.2. Transtornos ansiosos**

A ansiedade e suas diversas formas de manifestações configuram-se como outra condição bastante frequente entre universitários.

O estado ansioso é algo inerente ao ser humano, visto que é uma condição vivenciada por todos em diversas situações da vida. De acordo com Sadock, Sadock e Ruiz (2017), a ansiedade é um estado normal, no qual o indivíduo apresenta-se em sinal de alerta. Geralmente este estado indica um perigo iminente e prepara o sujeito para lidar com a ameaça.

A ansiedade é um estado bastante semelhante ao medo, principalmente por seu estado de alerta e apreensão. Entretanto, é necessário diferenciá-los. O medo é uma resposta individual a uma ameaça externa, já conhecida pelo indivíduo, que é bem definida e sem conflitos. Já a ansiedade é a resposta que o indivíduo tem a partir de uma ameaça interna, desconhecida do sujeito e que é vaga e conflituosa (SADOCK, SADOCK e RUIZ, 2017). Dessa forma, o medo está diretamente ligado a um objeto mais ou menos preciso, enquanto que a ansiedade não se refere a um objeto preciso.



---

A partir do momento que o estado ansioso torna-se exagerado e contínuo, o indivíduo fica permanentemente em vigília, tornando-se incapaz tanto psicológica e social, quanto profissionalmente, o que caracteriza como uma condição patológica (OLIVEIRA, 1999 apud GAVIN, 2013).

Dentre as síndromes ansiosas, Dalgarrondo (2008) destaca dois grupos: os quadros em que a ansiedade é permanente e constante e os quadros em que há crises de ansiedade abruptas e intensas. No primeiro grupo, o autor cita os transtornos de ansiedade generalizada, livre e flutuante. Já no segundo grupo, o autor inclui as crises de pânico que podem acarretar, quando frequentes, o Transtorno de Pânico.

Sobre a ansiedade generalizada, Dalgarrondo (2008) caracteriza o transtorno a partir da presença de sintomas ansiosos excessivos, na maior parte dos dias, por pelo menos seis meses. A preocupação, tensão, nervosismo e irritabilidade estão presentes na vida do indivíduo. Os sintomas psicológicos mais frequentes são angústia constante, insônia, irritabilidade aumentada, dificuldade de relaxar e de concentrar-se. Já dentre os sintomas físicos, Dalgarrondo (2008) e Gavin (2013) citam cefaleia, dores musculares, taquicardia, formigamento, dores ou queimação no estômago, tontura, sudorese, fadiga, tensão muscular.

Relacionado às crises de ansiedade e de pânico, a ansiedade pode se manifestar em várias pessoas na forma de crises intermitentes, com a aparição de vários sintomas ansiosos, em intensidade e número significativos (NARDI, VALENÇA, 2005 apud DALGALARRONDO, 2008). Nas crises de ansiedade (ou de pânico), há uma grande descarga do sistema nervoso autônomo. Por isso, é comum sintomas como taquicardia, suor frio, tremores, falta de ar, náuseas, formigamento, despersonalização, sensação de perda de controle, desrealização, medo de ataque do coração, de morrer ou enlouquecer. Entretanto, essas crises têm curta duração, iniciando abruptamente, chegando ao pico em 5 a 10 minutos e durando até uma hora (DALGALARRONDO, 2008).

### **3.3. Transtornos depressivos**

Além do estresse e da ansiedade, outra condição psicológica que também pode afetar a qualidade de vida e que é muito frequente entre estudantes universitários é a depressão. De acordo com Teng, Humes e Demetrio (2005), a depressão trata-se de uma síndrome psiquiátrica com uma prevalência alta na população em geral, estimando que acometa cerca de 3% a 5% da mesma. Por ser uma doença muito prevalente, ela é muito estudada e tem forte relevância nos estudos da área da saúde, sendo atualmente reconhecida como um problema prioritário de saúde pública, visto que, segundo a OMS, ela é considerada a primeira causa de incapacidade entre todos os problemas de saúde (GONÇALES e MACHADO, 2007; DALGALARRONDO, 2008).

Geralmente, o quadro de depressão maior inicia-se no fim da adolescência e começo da idade adulta, sendo que um episódio depressivo maior deve durar pelo menos duas semanas. O indivíduo nessa condição deve apresentar pelo menos quatro sintomas de uma lista que inclui alterações de sono e atividade, falta de energia, alterações de apetite e peso, problemas para pensar e tomar decisões, sentimentos de culpa e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio. (SADOCK, SADOCK e RUIZ, 2017). Dalgalarrondo (2008) agrupou os sinais e sintomas das síndromes depressivas em grupos, sendo eles: sintomas afetivos, alterações da esfera instintiva e neurovegetativa, alterações ideativas, alterações cognitivas, alterações da autoavaliação, alterações da volição e da psicomotricidade, sintomas psicóticos e marcadores biológicos.

De forma genérica, um indivíduo que se encontra em um quadro depressivo pode apresentar sintomas evidentes como humor deprimido, anedonia, fadigabilidade, ideias de culpa e de inutilidade, diminuição da concentração e da autoestima, distúrbios do sono e do apetite (DALGALARRONDO, 2008). Dessa forma, os sintomas fundamentais da depressão são a humor deprimido e a perda de interesse ou prazer, já que os indivíduos podem dizer que se sentem desesperançosos, tristes ou inúteis. É frequente que os indivíduos deprimidos descrevam os sintomas depressivos como uma dor emocional angustiante, queixando-se, às vezes, de não serem capazes de chorar (SADOCK, SADOCK e RUIZ, 2017).

Algo que é muito frequente em pessoas acometidas por transtornos depressivos é o suicídio, visto que cerca de dois terços cogitam sua possibilidade e 10 a 15% vem a cometê-lo. Outra característica muito comum e que é praticamente unânime em indivíduos depressivos é a falta de energia, em que cerca de 97% dos deprimidos apresentam essa queixa, tendo dificuldades em terminar tarefas e apresentando baixo rendimento acadêmico ou no trabalho. Além disso, cerca de 80% apresentam dificuldades para dormir e uma parcela considerável têm diminuição de apetite e perda de peso. Entretanto, alguns indivíduos sentem mais sono e fome que o normal, dormindo mais tempo, sendo classificados com aspectos atípicos (SADOCK, SADOCK e RUIZ, 2017).

Como causas de transtornos depressivos, é notável a partir de observações clínicas de longa data que eventos de vida estressantes precedem os primeiros episódios de transtorno de humor (SADOCK, SADOCK e RUIZ, 2017). Portanto, nota-se que fatores psicossociais e os acontecimentos de vida têm muita relevância no surgimento e manutenção dos transtornos depressivos.

#### **4. METODOLOGIA**

O presente estudo tem caráter transversal e exploratório, de abordagem quantitativa.

#### **4.1. Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa referente ao presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Municipal de Franca (COMEP) no mês de Outubro de 2018, tendo sido aprovado sob o protocolo de nº 2.952.629. Tanto o reitor da instituição quanto os coordenadores dos cursos de Medicina e Psicologia autorizaram a realização da pesquisa na instituição e com os estudantes dos cursos citados.

#### **4.2. Local**

A coleta de dados foi realizada em salas de aula da instituição de ensino superior.

#### **4.3. Participantes**

Participaram do estudo 20 estudantes universitários com idade média de 20 anos dos primeiros anos de graduação dos cursos de Medicina e Psicologia de uma instituição de Ensino Superior de Franca/SP, sendo 10 alunos do curso de Psicologia e 10 alunos do curso de Medicina.

#### **4.4. Caracterização da amostra**

A composição da amostra foi realizada por meio do método não-probabilístico de conveniência.

Dentre os estudantes do primeiro ano do curso de Psicologia, 90% (n=9) são do sexo feminino. Em relação à idade, 90% destes têm entre 18 e 19 anos e apenas 10% têm 23 anos, sendo a idade média de 18,7 anos. Todos os participantes do curso de Psicologia residem na cidade de Franca. Apenas 10% da amostra exerce alguma atividade remunerada, além de estudar. Em relação ao tempo de permanência diária na faculdade, 80% dos estudantes de Psicologia permanece na instituição de cinco a sete horas por dia.

Em relação à amostra dos estudantes do 1º ano do curso de Medicina, 60% são do sexo feminino (n=6). Com relação à idade, 70% dos destes estudantes tem entre 20 e 22 anos de idade. Em relação à cidade de origem, 50% residem em Franca, sendo que a outra metade vieram de outras cidades para estudar em Franca. Nenhum estudante de Medicina trabalha. Em relação ao tempo de permanência diária na faculdade, 70% dos alunos permanece na instituição entre sete e nove horas e 10% deles permanece na instituição por 10 horas diárias ou mais.

#### 4.5. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes materiais e instrumentos de avaliação psicológica:

- Ficha de identificação: contendo informações sobre dados pessoais, sóciodemográficos e acadêmicos dos estudantes universitários.

- WHOQOL-bref (FLECK et al, 1999): instrumento de avaliação de qualidade de vida, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, composto por 26 itens, sendo uma abreviação do instrumento WHOQOL-100.

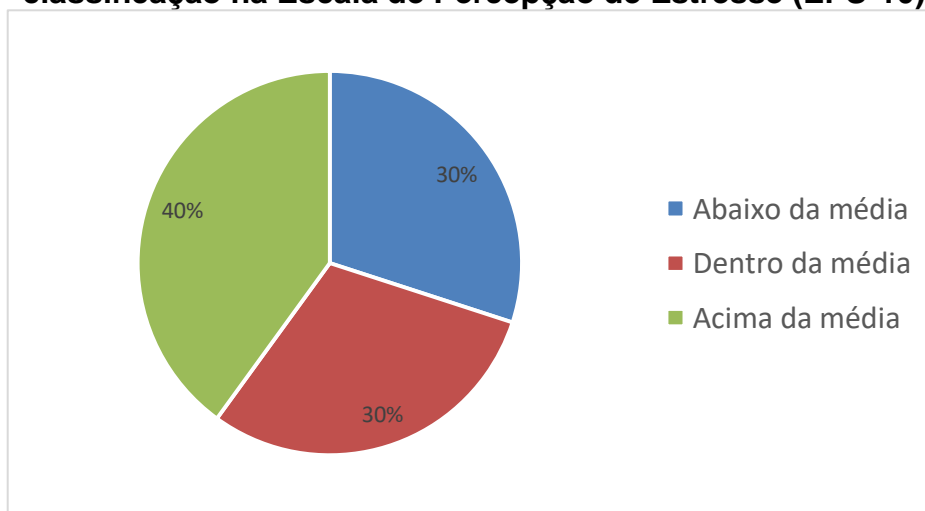
- Escala de Percepção de Estresse – 10 (EPS-10) (LUFT et al, 2007): Escala que mensura o estresse percebido, ou seja, mede o grau no qual os indivíduos percebem as situações como estressantes. Versão reduzida, composta por 10 itens que não contém questões específicas do contexto.

- Inventário de Depressão de Beck - Segunda Edição – BDI-II (BECK, STEER e BROWN, 2011): escala auto administrada, composta por 21 itens, para avaliação da intensidade de sintomas de depressão.

### 5. RESULTADOS

O Gráfico 1 apresenta a distribuição dos alunos de Psicologia com relação ao nível de estresse.

**Gráfico 1: Distribuição dos estudantes de Psicologia em relação à classificação na Escala de Percepção de Estresse (EPS-10)**



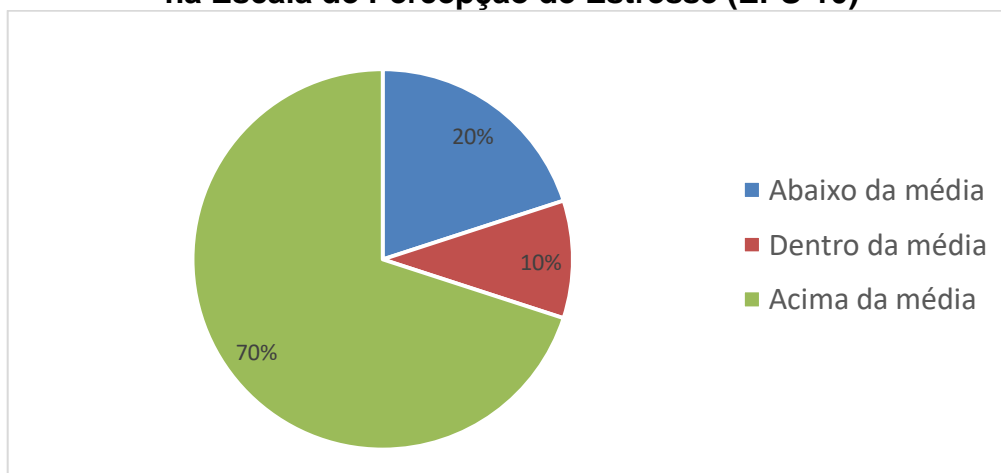
Fonte: Autores (2019).

Observa-se, por meio do Gráfico 1, que em relação aos sintomas de estresse avaliados por meio da Escala de Percepção de Estresse (EPS-10), 30%

dos estudantes do curso de Psicologia obtiveram escores abaixo da média da padronização, 30% obtiveram escores dentro da média e 40% obtiveram escores acima da média da padronização. A pontuação média dos estudantes de psicologia foi de 21 pontos, estando dentro da média da padronização.

Já no curso de Medicina verificou-se que quase a totalidade dos estudantes apresentam nível de estresse acima da média da padronização, obtendo uma pontuação média de 24 pontos na EPS-10. O gráfico a seguir ilustra os resultados do curso de Medicina.

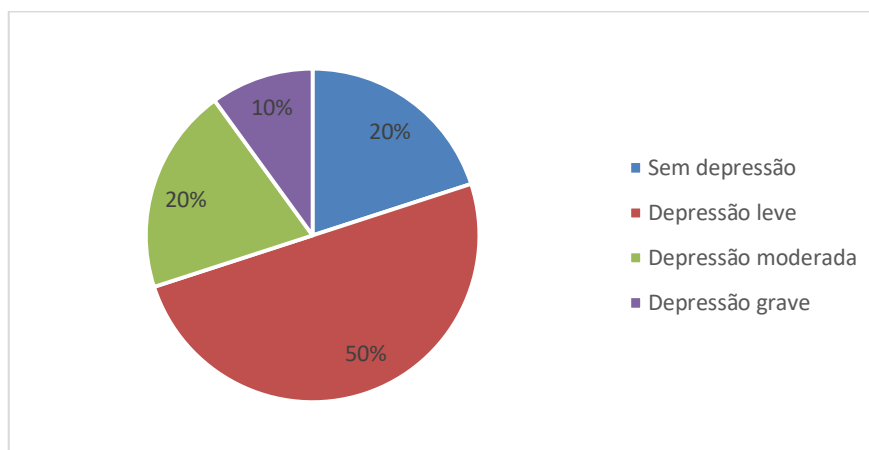
**Gráfico 2: Distribuição dos estudantes de Medicina em relação à classificação na Escala de Percepção de Estresse (EPS-10)**



Fonte: Autores (2019).

Com relação à sintomatologia depressiva avaliada por meio do Inventário de Depressão de Beck – II (BDI-II), observa-se, no Gráfico 3, que metade dos estudantes do curso de Psicologia apresentam sintomatologia depressiva leve, porém outros 20% e 10% apresentam, respectivamente, depressão moderada e depressão grave. A pontuação média dos estudantes de Psicologia no teste foi de 18, sendo classificada em depressão leve. O Gráfico 3 apresenta a distribuição dos estudantes de Psicologia com relação à sintomatologia depressiva.

**Gráfico 3: Distribuição dos estudantes de Psicologia quanto à classificação no Inventário de Depressão de Beck – II (BDI-II)**

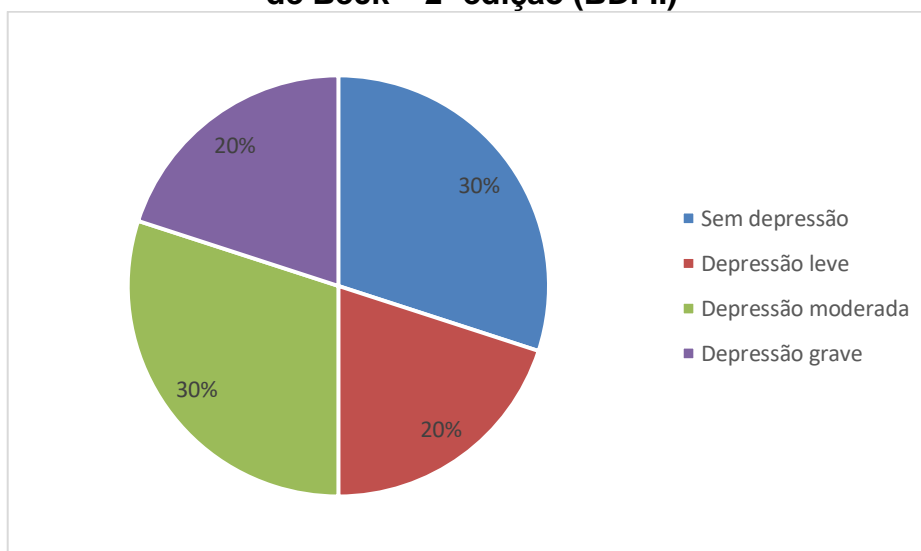


Fonte: Autores (2019).

Em relação aos estudantes de Medicina, por meio do Gráfico 4 é possível observar que metade dos estudantes apresenta sintomatologia depressiva moderada ou grave, respectivamente, 30% e 20% deles. Em contrapartida, verifica-se que outros 30% dos ingressantes deste curso não têm sintomas depressivos. A pontuação média obtida por estes estudantes na BDI-II foi de 19 pontos, classificando-os, no geral, com depressão leve.

O Gráfico 4 apresenta a distribuição dos estudantes de Medicina com relação à sintomatologia depressiva.

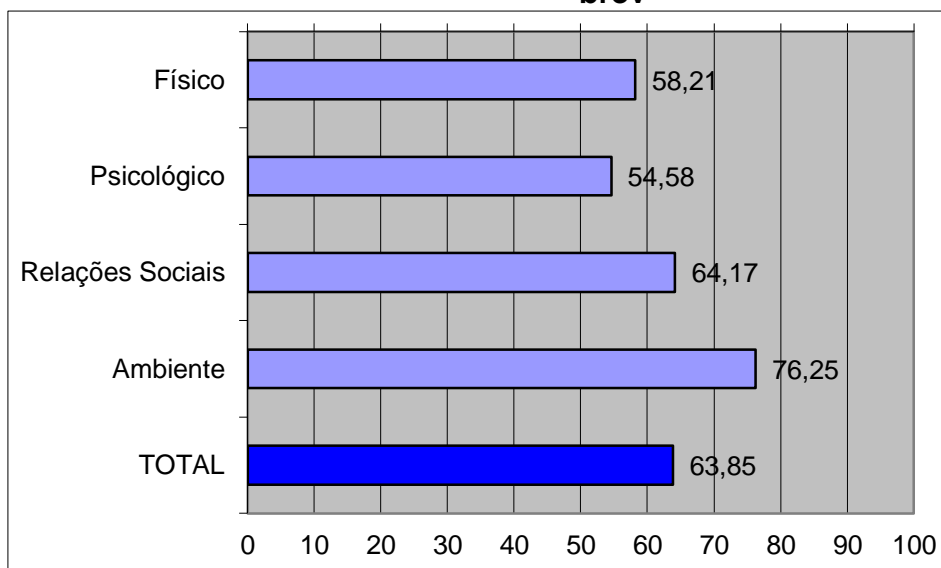
**Gráfico 4: Resultados dos estudantes de Medicina no Inventário de Depressão de Beck – 2ª edição (BDI-II)**



Fonte: Autores (2019).

O questionário WHOQOL-brev avalia quatro aspectos da vida em relação à qualidade de vida. Os resultados de ambos os cursos podem ser percebidos nos gráficos 5 e 6.

**Gráfico 5: Resultados dos estudantes de Psicologia no questionário WHOQOL-brev**

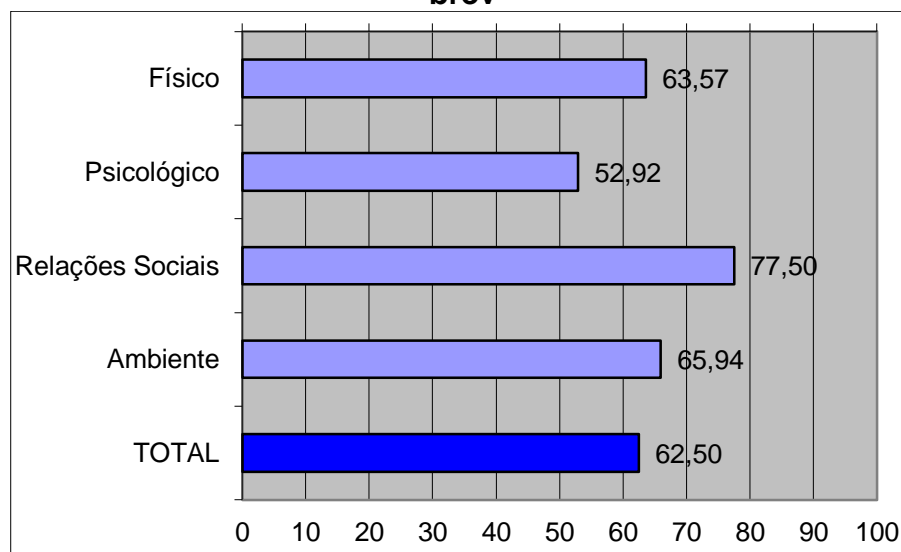


Fonte: Autores (2019).

Observa-se que o resultado total dos estudantes de Psicologia em relação à qualidade de vida foi de 63,85%. Também obteve-se os resultados dos quatro aspectos analisados pelo questionário. Os estudantes de psicologia obtiveram 58,21% no aspecto físico, 54,58% no aspecto psicológico, 64,17% no aspecto relações sociais e 76,25% no aspecto ambiente.

Em relação aos estudantes do curso de Medicina, os resultados obtidos no WHOQOL-brev encontra-se no Gráfico 6, apresentado a seguir.

**Gráfico 6: Resultados dos estudantes de Medicina no questionário WHOQOL-brev**



Fonte: Autores (2019).

Observa-se que o resultado total dos estudantes de Medicina em relação à qualidade de vida foi de 62,50%. Os resultados dos quatro aspectos analisados pelo questionário foram de 63,57% no aspecto físico, 52,92% no aspecto psicológico, 77,50% no aspecto relações sociais e 65,94% no aspecto ambiente.

## 5. DISCUSSÃO

Visto que o início da idade adulta é uma época da vida bastante turbulenta, repleta de novidades e de transformações na vida do indivíduo que a vivencia, observa-se a real importância de se detectar a prevalência de sintomas depressivos e de estresse na população universitária, além de avaliar a qualidade de vida dos mesmos, já que é uma população composta por indivíduos que encontram-se nessa faixa etária entre 18 e 26 anos e que, além das condições de desenvolvimento inerentes à idade, também carregam consigo aspectos próprios do estilo de vida universitário.

Dentre os três aspectos do desenvolvimento psicológico avaliados neste estudo, o estresse foi o que obteve os resultados mais elevados, ou seja, em nossa amostra, uma parcela considerável de estudantes ingressantes dos cursos de Psicologia e Medicina apresentam um nível de estresse considerado elevado. Em pesquisas também realizadas com estudantes universitários de cursos ligados à saúde tem-se encontrado níveis maiores de estresse em consequência de fatores acadêmicos como competição e pressão para obter e manter bons resultados, além da sobrecarga de conteúdos acadêmicos (SILVEIRA et al., 2011). Mais especificamente, em nossa amostra, os estudantes do curso de Medicina obtiveram pontuações superiores aos estudantes do curso de Psicologia na Escala de Percepção de Estresse (EPS-10), sendo que 70% dos estudantes apresentaram sintomas de estresse.

Outras pesquisas também realizadas com universitários do curso de Medicina obtiveram resultados semelhantes. Biro et al. (apud SILVEIRA et al., 2011) concluíram que os estudantes do curso de Medicina apresentam estresse psicológico superior quando comparados com universitários de outros cursos.

Em relação aos estudantes de Psicologia, 40% da amostra apresentou pontuações acima da média e 30% apresentou resultados dentro da média, somando um total de 70% de estudantes que apresentaram pontuações altas ou médias de estresse. Esses dados estão próximos de dados obtidos em pesquisas similares, também realizadas com estudantes do mesmo curso (VIEIRA e SCHERMANN, 2015). No estudo de Vieira e Schermann (2015), os resultados obtidos foram de 63,3% de prevalência de estresse em universitários da Psicologia.

Outro aspecto analisado, a depressão, apresentou resultados relativamente altos, visto que, dos estudantes de Psicologia, apenas 20% foram classificados como “sem depressão” e, dos estudantes de Medicina, 30% obtiveram



essa classificação. Desta forma, 80% dos estudantes de Psicologia e 70% dos graduandos de Medicina apresentam sintomatologia depressiva em algum grau. Em relação à classificação mais alta, a de “depressão grave”, 10% do curso de Psicologia obteve essa classificação; já no curso de Medicina foram 20%. Diversas pesquisas apontam que há uma maior prevalência de sintomas depressivos em estudantes da área da saúde, principalmente do curso de Medicina, o que vai de encontro aos resultados apresentados nessa pesquisa. Além disso, observa-se uma forte ligação entre o estresse e a depressão, visto que fatores estressantes podem ser causadores dos dois distúrbios, já que eles aumentam o estresse, gerando ansiedade e, conseqüentemente, aumentando a vulnerabilidade de quadros de humor (ALVES, 2014).

Além do estresse e da depressão, a qualidade de vida também foi um dos aspectos avaliados. Dentre as quatro áreas abordadas pelo questionário WHOQOL-bref, o que obteve resultados mais baixos, nos dois cursos, foi o aspecto psicológico. Entre os alunos do curso de Psicologia, o resultado desse aspecto foi de 54,58%, enquanto que no curso de Medicina o resultado foi de 52,92%, indicando este ser o aspecto da qualidade de vida do universitário mais afetado e com menor pontuação. Sabe-se o quanto o aspecto psicológico tem grande influência no funcionamento global do indivíduo, especificamente na sua qualidade de vida. Os resultados obtidos no questionário também vão de encontro com os resultados dos outros instrumentos utilizados na pesquisa, visto que a depressão e o estresse afetam diretamente a saúde mental do indivíduo.

A despeito da relevância dos dados obtidos, salienta-se a necessidade de se conduzir estudos com amostras mais representativas, tendo em vista o tamanho reduzido da presente amostra, o que impõe, por sua vez, a necessidade de cautela para que os dados obtidos em nosso estudo não sejam generalizados para amostras semelhantes.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados encontrados no presente estudo corroboram os achados obtidos em estudos similares, o que demonstra a importância desse tema ser aprofundado e estudado. Por se tratar de estudantes de cursos da área da saúde, que estão em formação para tornarem-se cuidadores de outros indivíduos, o estado de saúde mental dessa população necessita receber maior atenção, além de que propostas de intervenções que visem uma melhoria da saúde mental dos universitários devem ser criadas.

Observa-se a importância do próprio ambiente acadêmico analisar e criar propostas preventivas que garantam a qualidade de vida e, principalmente, a saúde mental do estudante universitário, inclusive utilizando como base para isso os

---

dois aspectos que tiveram melhores pontuações no WHOQOL-bref, que foram o ambiente e as relações sociais.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Tania Correa de Toledo Ferraz. Depressão e ansiedade entre estudantes da área da saúde. *Revista de Medicina*, São Paulo, v. 93, n. 3, p. 101-105, jul.-set. 2014.

ARTIGAS, Jéssica Sontag; MOREIRA, Natália Boneti; CAMPOS, Wagner de. Percepção da Qualidade de Vida em Universitários: Comparação entre períodos de graduação. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, Umuarama, v. 21, n.2, p. 85-91, maio/ago. 2017

BACHA, Mayara Mendes et al. Qualidade de vida de estudantes de Psicologia. *Psicólogo inFormação*, ano 16, n.16, p. 149-161, jan./dez. 2012.

CAVESTRO, J. M., & ROCHA, F. L. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v.55, n.4, p. 264-267, 2006.

DALGALARRONDO, Paulo. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLECK, Marcelo Pio de Almeida et al. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 21, n.1, p. 19-28, 1999.

Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. (2004). *Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior*. Brasília: FONAPRACE.

Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. (2011). *Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior*. Brasília: FONAPRACE.

FURTADO, Eliane de Sousa; FALCONE, Eliane Mary de Oliveira; CLARK, Cynthia. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. *Interação em Psicologia*, 2003, v. 7 n. 2, p. 43-51.

GAVIN, Rejane Salomão. *Depressão, estresse e ansiedade: um enfoque sobre a saúde mental do trabalhador*. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto. 2013.

GONÇALES, Cintia Adriana Vieira; MACHADO, Ana Lúcia. Depressão, o Mal do Século: de que século? *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 15, n. 2, p. 298-304, abr/jun, 2007.

---

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes (Org.). *Pesquisas sobre Stress no Brasil*. Saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas, SP: Papirus, 1996.

LUFT, Caroline Di Bernardi et al. Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 4, São Paulo, 2007.

MARGIS, Regina et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, V. 25 (suplemento 1), p. 65-74, abril 2003.

OLIVEIRA, Marina Isabel Dias. *Avaliação de Bem-Estar Psicológico e da Qualidade de Vida em Mulheres com Menopausa*. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto.

PADOVANI et al. Vulnerabilidade e bem-estar psicológicos do estudante universitário. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, v. 10 n.1, p.2-10, 2014. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtcc/v10n1/v10n1a02.pdf>>. Acesso em 23 de maio de 2018.

SADOCK, Benjamin James; SADOCK, Virginia Alcott; RUIZ, Pedro. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 11. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

SANTOS, Juliana Atanásio de Freitas et al. Estresse em Acadêmicos do Curso de Fisioterapia. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 16, supl. 2, p. 89-94, 2012.

SCATTOLIN, Fátima Ayres de Araújo. Qualidade de Vida: a evolução do conceito e os instrumentos de medida. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, v. 8, n. 4, p. 1-5, 2006.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, mar-abr, 2004.

SILVEIRA, Celestre et al. Saúde Mental em Estudantes do Ensino Superior: Experiência da Consulta de Psiquiatria do Centro Hospitalar São João. *Acta Médica Portuguesa*, v. 24, p. 247-256, 2011.

TENG, Chei Tung; HUMES, Eduardo de Castro; DEMETRIO, Frederico Navas. Depressão e comorbidades clínicas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, v. 32, n. 3, p. 149-159, 2005.

VIEIRA, Lidiani Nunes; SCHERMANN, Lígia Braun. Estresse e fatores associados em alunos de psicologia de uma universidade particular do sul do Brasil. *Aletheia* 46, p. 120-130, jan./abr. 2015.

---

## **RODA DE CONVERSA SOBRE MATURAÇÃO SEXUAL FEMININA: Empoderamento de meninas pré adolescente sobre as mudanças físicas e comportamentais da puberdade**

Ana Carolina Guerreiro Rocha  
Graduanda em Medicina - Uni-FACEF  
anacarolgrocha@gmail.com

Bruna de Castro França  
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF  
bruninhafranca\_castro@hotmail.com

Tamires Pimentel Vieira Santos  
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF  
tamipvieira@gmail.com

Marcia Aparecida Giacomini  
Docente curso de Medicina - Uni-FACEF  
marciagiacomini@facef.br

### **1. INTRODUÇÃO**

O Ministério da Saúde considera que a adolescência corresponde a segunda década da vida (10 a 20 anos incompletos) e a juventude estende-se dos 15 aos 24 anos. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente considera adolescência a faixa etária de 12 a 18 anos. Por outro lado, o Estatuto da Juventude preconiza que os jovens estão entre 15 a 29 anos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Os grupos etários são divididos conforme diferentes parâmetros de crescimento e desenvolvimento, além das questões sociais e econômicas.

O desenvolvimento varia entre a forma física, cognitiva e psicossocial, no entanto, tais aspectos estão interligados e influenciam-se durante toda a vida do indivíduo. Todas as características, modos de agir, pensar e sentir em um ser humano depende da sua interação com o meio social em que vive. Portanto, o desenvolvimento da criança e do adolescente será sempre mediado por outras pessoas, pelas famílias, pelos profissionais de saúde, da educação, entre outros, que delimitam e atribuem significados à sua realidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Sendo assim, a infância e meramente a adolescência são marcadas por um processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial.

*“O termo puberdade deriva do latim *pubertate* e significa idade fértil; a palavra *púbis* (lat.) e traduzida como *pelo, penugem*.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)*

A puberdade expressa o conjunto de transformações da adolescência, englobando a aceleração e desaceleração do crescimento pondero-estatural que

---

ocorre junto às transformações puberais; modificação da proporção corporal, devido crescimento esquelético, muscular e alteração da distribuição de tecido adiposo correspondendo ao estirão de crescimento; desenvolvimento de todos os sistemas do organismo; e a maturação sexual com o surgimento de caracteres sexuais secundários, em uma sequência sistematizada por Tanner.

No que concerne ao estirão de crescimento, é a fase em que ocorre a interação entre os hormônios gonadais e adrenais com os hormônios do crescimento. A velocidade de crescimento na puberdade, depois do crescimento fetal, é a mais acelerada ao longo da vida, na qual se adquire cerca de 20% da estatura final. As meninas ganham cerca de 8 a 10 cm/ano e os meninos 10 a 12 cm/ano. Para avaliar o crescimento dos adolescentes, são utilizados, normalmente, os gráficos da OMS, de Altura para a Idade, em Z-score e Percentil, de 5 a 19 anos, específico para cada sexo (REVISTA PAULISTA PEDIATRIA, 2013)

Em relação a maturação sexual, essa inicia-se por meio de estímulos hormonais, que passam a ser secretados e ativam o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, desencadeando, sob estímulo das gonadotrofinas, a secreção dos esteróides sexuais, no sexo masculino predomina a testosterona, já nas meninas os hormônios folículo-estimulante e luteinizante (FSH e LH) atuam sobre o ovário e começam a produção de estrógeno e progesterona. Tais hormônios são os responsáveis pelas modificações morfológicas na puberdade tanto femininas quanto masculinas.

No que tange ao desenvolvimento dos meninos, o primeiro sinal de puberdade é o aumento do volume do testículo (volume de 4ml – 9-14 anos), seguido do surgimento dos pelos (pubarca – na escala de Tanner) e aumento do pênis (genital – na escala de Tanner). A semenarca, primeira ejaculação do homem, ocorre quando o volume testicular atinge 10 a 12ml de volume. Tais eventos são acompanhado de aumento do timbre da voz, aumento da transpiração e de odores

Quanto às meninas, a primeira manifestação que normalmente ocorre é o surgimento do broto mamário(telarca), seguido do crescimento de pêlos pubianos e axilares (pubarca) e o estirão puberal. Ademais, a menarca (momento em que ocorre o primeiro fluxo menstrual) acontece cerca de um ano após a velocidade de crescimento máximo da adolescente, coincidindo com a fase de sua desaceleração. Outras alterações podem acompanhar esse processo, como o aumento da transpiração, aumento do tamanho do quadril e seu arredondamento e o aparecimento de espinhas.

A respeito dos pêlos pubianos, sua evolução de distribuição é semelhante nos dois sexos, de acordo com as alterações progressivas de forma, espessura e coloração, evoluindo de um pêlo pequeno, liso, fino e de pigmentação mais clara, para um de maior tamanho, crespo, mais grosso e escuro (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Além disso, apenas a ocorrência da menarca não significa que a adolescente tenha atingido o estágio de função reprodutora completa, visto que os primeiros ciclos costumam ser irregulares nos primeiros dois anos e podem ser anovulatórios. Por outro lado, estão entrando em uma fase de desenvolvimento corpóreo para a reprodução.

Para avaliar a maturação sexual é utilizado a Escala de Tanner, na qual, nas garotas, analisam-se os estágios de desenvolvimento da mama (M) e dos pelos pubianos (P), enquanto nos meninos, avalia o surgimento dos pelos (P) e o aumento do pênis (G), conforme a idade dos pacientes.

Na fase em que se inicia a adolescência, além das mudanças físicas elucidadas, ocorre também as mudanças comportamentais e sociais. Esse período é marcado por uma diminuição de interesse nos valores familiares e muitos conflitos com os pais, associados à aceitação dos valores do grupo se torna mais importante, devido ao fato do intenso relacionamento com amigos, principalmente, do mesmo sexo. Ocorre grande preocupação com as mudanças pubertárias, aumento da necessidade de privacidade e falta de controle em relação aos impulsos, podendo ser confundido com o isolamento social característico de alguns distúrbios psiquiátricos de maior incidência nessa fase de vida. A necessidade de experimentações aumenta, as relações com o outro costumam ser fugazes e descompromissadas, engajando-se mais frequentemente em comportamentos de risco, requerendo intensificação das ações de prevenção. Na fase final da adolescência, quando há maior estabilidade emocional, o envolvimento grupal é menos intenso, há maior aceitação dos valores parentais, busca de objeto amoroso único e habilidade de se comprometer e de se impor limites. (REVISTA DE PEDIATRIA - SOPERJ , 2011). Diante disso, é importante dar ao jovem a oportunidade dele fazer por ele mesmo, assim, o empoderamento para que consigam lidar com tantos conflitos também deve fazer parte da promoção de saúde da atenção básica.

De maneira geral, o desenvolvimento e o amadurecimento sexual das meninas ocorre antes dos meninos, como elucidado no anexo B, que relaciona a idade com surgimento dos eventos puberais, tal fato, muitas vezes, gera inseguranças e desconforto, devido tanto às mudanças que ocorrem de maneira abrupta, mas principalmente devido a menstruação que acarreta diversas alterações em seu cotidiano, no humor e sentimentos.

*“É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”. (ECA, 2016)*

Diante disso, há uma maior necessidade de discutir com as meninas sobre puberdade mais precocemente do que com os meninos. Desse modo, este relato de experiência leva em conta a participação de estudantes de medicina para

---

contribuição do conhecimento acerca do desenvolvimento do corpo humano feminino para meninas entre 8 e 10 anos.

## **2. OBJETIVO**

Relatar a experiência de orientar meninas de 8 a 10 anos, quanto às mudanças corpóreas no sexo feminino durante a puberdade, oportunizando ações de promoção e prevenção de saúde.

## **3. RODA DE CONVERSA**

A atividade foi realizada no Centro Promocional Nossa Senhora de Lourdes (CEPROL) na cidade de Franca/SP, instituição que oferece um projeto de extensão escolar que tem como foco a melhoria no índice de desenvolvimento educacional e no combate à vulnerabilidade social, para crianças de 6 a 10 anos, conta com atividades educativas, lúdicas e esportivas em horário oposto ao do período escolar. O centro contém cerca de 140 crianças matriculadas no período vespertino, das quais cerca de 30 são meninas entre 8 e 10 anos, as quais se enquadram na faixa etária de início da maturação sexual, sendo selecionadas como público alvo para atividade, a qual havia como proposta apresentar a anatomia do corpo da mulher, relacionar ao desenvolvimento de caracteres sexuais primários e secundários nas diferentes fases da vida, especialmente a puberdade.

Três estudantes de medicina da Uni-FACEF, previamente estudadas a respeito da puberdade feminina, nos quesitos de fisiologia e anatomia humana, prepararam como atividade organizar as meninas selecionadas em uma sala de aula, propondo que fizessem um círculo para melhor integração das participantes, seguido pela apresentação pessoal, com nome e idade. Em seguida, foram feitas algumas perguntas a respeito do auto conhecimento delas sobre “se tornar mocinha”, o significado do termo “puberdade”, o porquê de estarem apenas meninas participando da dinâmica, quais mudanças elas achavam que aconteciam no corpo feminino, quais partes do corpo elas notavam as mudanças, qual a idade para iniciar tais transformações. Todas participaram ativamente com respostas muito assertivas. Em seguida, foi apresentado um pequeno vídeo introdutório, cujo conteúdo explorava tanto as mudanças físicas quanto comportamentais ocorridas na puberdade, nos sexos feminino e masculino, para que elas se conscientizassem de que, assim, como elas os meninos também passarão por mudanças mesmo que de maneira diferente e até mais tardiamente.

Em um segundo momento na roda de conversa, foi mostrado a escala de Tanner, conforme anexo A, explicado a elas sobre a ordem de alterações físicas que, geralmente, ocorrem nesse período, elucidando que a primeira seria a pubarca, com o surgimento de pelos nas axilas, pernas, braços e em região genital. O segundo acontecimento, seria a telarca, momento em que as mamas aumentam de

volume, a auréola cresceria e o mamilo poderia tornar-se protruso. Por fim, para finalizar, explicamos sobre a anatomia da vagina, do endométrio, da cavidade uterina e dos ovários, já explicando sobre a menstruação, o porquê e como ela ocorre, os eventos que a acompanham, sobre como deve ser a higienização ideal da vagina, sobre o uso e trocas de absorventes no período menstrual e fora dele.

Durante todo o debate, muitas conseguiram identificar em qual fase elas estavam na escala de Tanner, também surgiram algumas dúvidas como:

- “Pra eu não menstruar preciso ter um bebê?”

-“Até quando vou menstruar?”

-“Sangrar dói?”

-“Eu vou morrer?”

-“Como usar um absorvente?”

-“Posso continuar brincando quando eu estiver sangrando?”

-“Minha mãe disse que quando eu virar mocinha, não vou mais brincar de boneca e não vou mais poder nadar.”

Diante disso, as meninas foram redistribuídas em grupos menores, cerca de 8 para cada estudante, para que fosse possível sanar as questões levantadas anteriormente e as que iam surgindo, a fim de dar mais liberdade para cada uma falar de si, questionar e ouvir as demais, promovendo assim uma melhor interação e relação de confiança entre as partes.

Durante a realização da atividade, enfrentamos algumas dificuldades para executar e manter as crianças focadas no debate. Tal fato, ocorreu devido ao número de meninas ter sido superior ao que era esperado. Também, como as dúvidas eram diferentes entre as meninas que já menstruaram daquelas que ainda não, isso fez com que a roda de conversa fosse segregada em pequenos grupos inúmeras vezes, para facilitar a resolução das dúvidas focais e não do todo. Outro fator, foi a presença de algumas meninas com idade inferior a 9 anos, que não entendiam ou se interessavam pelo assunto.

A roda de conversa, apesar de algumas dificuldades encontradas, alcançou o objetivo esperado, apresentando como pontos positivos, a possibilidade esclarecer várias dúvidas, contribuir para o conhecimento e aprendizado de cada menina, além de explicar os acontecimentos naturais do corpo feminino, principalmente evitando constrangimentos e angústias quanto à menarca.

Além do mais, o ideal para seguimento desta abordagem, seria realizar grupos menores com 8 crianças ou menos, com uma faixa etária de cada vez e evitar incluir crianças menores de 9 anos para participar.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**



---

Considera-se oportuna a realização de atividades de orientação sobre transformações do corpo nessa fase de entrada na puberdade, pois ajuda a desmistificar o assunto, mitos e preconceitos, esclarecer dúvidas e tranquilizar as meninas, diante de um fato que faz parte do curso natural da vida.

A atividade também agrega ao futuro médico o desenvolvimento da habilidade de empatia, comunicação assertiva, e desenvolvimento de estratégias de educação em saúde, visto que ações de promoção de saúde fazem parte do cotidiano profissional.

## REFERÊNCIAS

ECA. Estatuto da Criança e do adolescente. **Redação de Lei nº 13.257**, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. D. A. À. S.-D. D. A. B. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, v. 33, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, S. D. A. À. S.-D. D. A. P. E. E. **Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2017. p. 67 p.

REVISTA DE PEDIATRIA - SOPERJ. Crescimento e desenvolvimento na adolescência. **SOPERJ**, Rio de Janeiro, 12, n. 1, Agosto 2011. 28-34.

REVISTA PAULISTA PEDIATRIA. Aspectos metodológicos e éticos da avaliação da maturação sexual de adolescentes. **Revista Paulista Pediatria**, Alegre/ES, 31, n. 3, Dezembro 2013. 398-405.

**ANEXO A**

**ESTÁGIOS DE MATURAÇÃO SEXUAL  
PRANCHAS DE TANNER**

**Estágios de desenvolvimento das mamas**



**Estágio 1**  
Mamas infantis (M1)



**Estágio 2**  
O broto mamário forma-se com uma pequena saliência com elevação da mama e da papila e ocorre o aumento do diâmetro areolar. Melhor visualizar lateralmente. (M2)



**Estágio 3**  
Maior aumento da aréola e da papila sem separação do contorno da mama. (M3)



**Estágio 4**  
Aumento continuado e projeção da aréola e da papila formando uma segunda saliência acima do nível da mama. (M4)



**Estágio 5**  
Mama com aspecto adulto, com retração da aréola para o contorno da mama e projeção da papila. (M5)

**Estágios de desenvolvimento dos pelos pubianos**



**Estágio 1**  
Ausência de pelos, ou pelagem natural. (P1)



**Estágio 2**  
Pelos iniciam-se com uma pelagem fina, longa, um pouco mais escura, na linha central da região pubiana. (P2)



**Estágio 3**  
Pelos em maior quantidade, mais escuros e mais espessos, e discretamente encaracolados, com distribuição em toda a região pubiana. (P3)



**Estágio 4**  
Pelos do tipo adulto, encaracolados, mais distribuídos, e ainda em pouca quantidade. (P4)



**Estágio 5**  
Pelos tipo adulto, com maior distribuição na região pubiana, e na raiz da coxa. (P5)



Ministério da Saúde  
Governo Federal

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017

**ANEXO B**

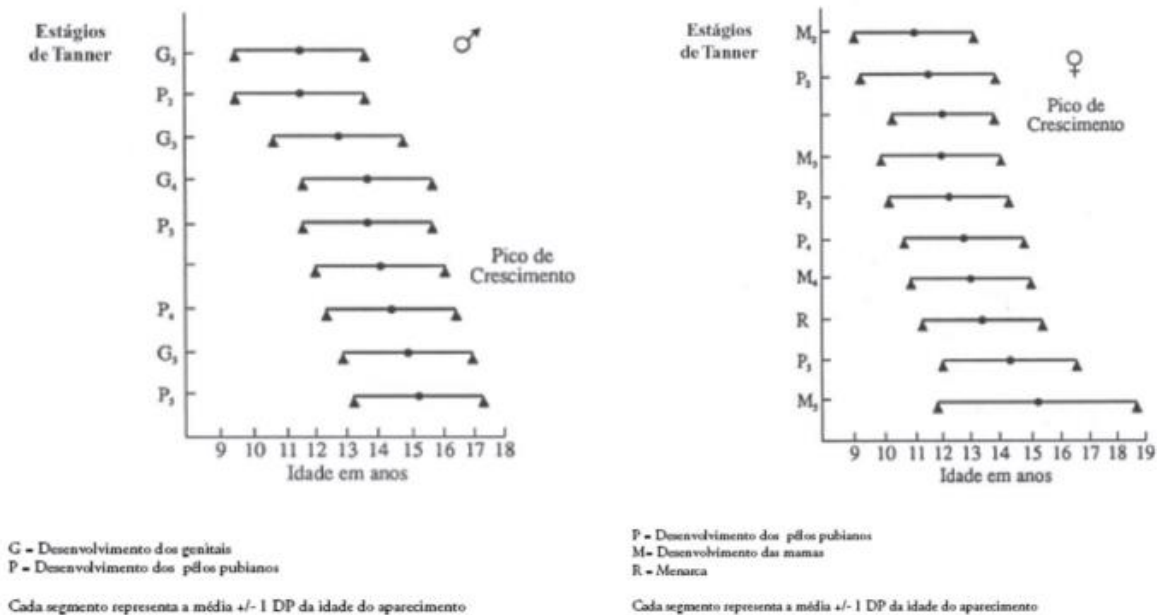


Figura 2. Sequência dos eventos puberais nos sexos masculino e feminino. Revista de Pediatria SOPERJ - 2011

---

## TERAPIA FAMILIAR: Um olhar psicanalítico

Antônio Ancelmo Neto Barros  
Graduando em Psicologia – Uni-FACEF

Irma Helena Ferreira Benate Bomfim  
Doutora em psicologia – Uni-FACEF  
irma@benate.com.br

Sofia Muniz Alves Gracioli  
Docente – Uni-FACEF

### 1. INTRODUÇÃO

A terapia familiar de forma superficial pode ser dividida em duas, a terapia familiar sistêmica e a terapia familiar psicanalítica e o objetivo deste artigo é conhecer melhor a terapia familiar psicanalítica, que é uma área de atuação do psicólogo que é pouco explorada na graduação e pouco valorizada por uma parte da sociedade, mostrando os benefícios de trabalhar a família como um todo e não apenas a individualidade de cada ser que compõe uma família.

A terapia familiar perante um olhar psicanalítico é atualmente um tema pouco trabalhado dentro da graduação e ainda sofre preconceito quando é tratado, por conta de ser um tema pouco explorado e estudado, tendo relativamente poucas informações em comparação a outros temas e também por certo preconceito com o assunto, já que quando se fala em terapia geralmente é trabalhado o indivíduo como um ser singular, e a terapia familiar trabalha com vários indivíduos que compõem uma família, indo contraria ao tradicional.

O objetivo desta pesquisa foi investigar o funcionamento da terapia familiar no olhar psicanalítico, além de explorar os impactos desta terapia no contexto atual e na formação do psicólogo. A metodologia utilizada neste artigo foi de uma revisão bibliográfica, onde será feita uma análise de artigos científicos e livros sobre o assunto e breves discussões, trazendo um olhar para a terapia familiar sobre uma visão psicanalítica.

### 2. TERAPIA FAMILIAR

Segundo Nichols e Schwartz (2007) a terapia familiar tem como data de nascimento na década de 1950 e teria surgido já formada por pensadores e terapeutas da época, com dois nomes principais, Gregory Bateson e Nathan Ackerman, ambos dos Estados Unidos.

---

Bateson via a família como um sistema complexo onde são armazenadas várias ideias distintas, já Ackerman via a família como uma balança que a todo o momento esta procurando equilibrar seus desejos, sentimentos e irracionalidades que afetam no relacionamento.

Em meados de 1960 e 1970 a terapia familiar se desenvolveu em vários nomes:

Mesmo com toda a diversidade das décadas de 1960 e 1970, que testemunharam a nova prática clínica chamada terapia familiar assumir uma variedade de nomes – sistêmica, estratégica, estrutural, boweniana, experiencial –, também havia uma notável solidariedade nas crenças compartilhadas que definiam o campo (Nichols ; Schwartz, 2007, p. 5).

Porém segundo Carneiro (1996, p.38) a questão da relação familiar foi pensada por Freud em 1905 quando a psicanálise começou a dar seus primeiros passos, dizendo que

[...] devemos prestar tanto atenção às condições humanas e sociais dos enfermos quanto aos dados somáticos e aos sintomas patológicos, ressaltando que o interesse do psicanalista deve dirigir-se sobretudo para as relações familiares dos pacientes.

Logo de uma maneira ou de outra a terapia familiar é um modo de trabalho do psicoterapeuta diferente de se trabalhar, e por ser relativamente nova ainda não se tem muito conhecimento e um pouco de pré-conceito quando esse assunto é trabalhado em meio acadêmico e profissional.

Com a evolução de algumas áreas do conhecimento a terapia familiar foi ganhando espaço também, segundo Carneiro (1996) no final da metade do século 20 algumas ciências humanas começaram a ganhar mais voz e conseqüentemente a terapia familiar e suas técnicas foram ganhando espaço também.

Na área "psi", podemos ressaltar algumas postulações teóricas de autores que colaboram para o surgimento da terapia familiar. Um importante precursor, sem dúvida, foi Adler que enfatiza, na sua teoria do desenvolvimento da personalidade, a importância dos papéis sociais e das relações entre estes papéis na etiologia da patologia.

É muito comum também vermos estudos que mostram a relação de patologias com figuras parentais como a mãe, por exemplo, principalmente em fases de desenvolvimento.

A psicoterapia também começa a ganhar mais espaço no final da Segunda Guerra Mundial segundo Carneiro (1996) com o surgimento de comunidades terapeutas que tinham como objetivo dar assistência as psiquiatras e diminuir a ansiedade e conflitos de seus pacientes. Com isso tudo acontecendo surgiu também Pichon-Rivière trazendo o conceito de família também para esse

---

contexto e relacionando com a doença mental do indivíduo, desenvolvendo o conceito de bode expiatório.

Em seguida, Pichon-Rivière inclui a família na sua compreensão da doença mental e desenvolve a noção de "bode expiatório" como depositário da patologia que é de toda a família. Todos estes movimentos, formulações teóricas e novas compreensões da patologia propiciaram o surgimento dos primeiros estudos no campo da terapia familiar propriamente dita. (Carneiro, 1996,p.39.)

Porém ao mesmo tempo onde toda essa evolução acontecia existia um problema onde o contato do terapeuta, paciente e família eram totalmente visto com maus olhos dificultando um pouco o desenvolvimento da prática da terapia familiar, porém não impedindo que as pesquisas sobre o assunto fossem feitas.

Podemos ver alguns nomes importantes na historia da terapia familiar, mas é difícil saber ao certo quem foi o principal nome ou quem foi o fundador desse método de trabalho tão significativo e cheio de potencial que é a terapia familiar.

## **2.1. Terapia Familiar e a Psicanálise**

Conforme Carneiro (1996) a terapia com o enfoque na família visa olhar a família não apenas como fonte de sintomas, mas também como fonte de transformação no tratamento do indivíduo, levando em consideração a historia da família. Em sua obra ele cita a Clínica Tavistock de Londres e os autores Picus e Dare que dão muito enfoque nos desejos, crenças, sentimentos e relações familiares.

Estes autores interessam-se particularmente pelos efeitos dos segredos e dos mitos na dinâmica familiar. Ressaltam que os segredos podem pertencer a um membro da família, ou serem, tacitamente, compartilhados com outros; ou, inconscientemente, endossados pelos membros da família, de geração para geração, até se tornarem um mito. (Carneiro, 1996, p. 4.)

Para Nichols e Schwarts (2007) a terapia familiar com o auxilio da psicanalise tem como objetivo poder ajudar o indivíduo ou os indivíduos que fazem parte da família se libertarem de pensamentos e emoções inconscientes e a partir disso começarem a se relacionarem com outros indivíduos sadios, segundo eles também em nenhum momento o terapeuta deve excluir a possibilidade de se realizar o acompanhamento individual da pessoa que está sofrendo, caso necessário o terapeuta irá conduzir as sessões familiares para que no final de tudo os indivíduos continuem frequentando as terapias individuais, onde o mesmo assunto pode ser trabalhado de formas diversas e gerar outros resultados.

Quando um membro da família tem alguma ação que vá contra as crenças e desejos dos familiares, aquele indivíduo tem sua imagem modificada e a ligação de confiança entre eles é afetada de maneira que toda a relação familiar seja

afetada também, causando sintomas no sujeito. Segundo Carneiro (1996) a terapia familiar psicanalítica que Picus e Dare citam, ajuda na relação entre os indivíduos, mostrando a origem dos segredos, que por muitas vezes vem de relações incestuosas.

As famílias, como os indivíduos, experienciam fixação e regressão [...] A quantidade de estresse que uma família é capaz de tolerar depende de seu nível de desenvolvimento e do tipo de fixação que seus membros apresentam. (Nichols ; Schwarts, 2007,p. 234)

Podemos ver que Nichols e Schwarts (2007) relacionam o estresse com as experiências de fixação e regressão desenvolvidas por Freud, onde o nível de estresse e fixação está relacionado e que influenciam na boa convivência dos membros da família, é nesse ponto que a terapia familiar juntamente com a psicanálise pode ajudar, trazendo o autoconhecimento para os indivíduos saberem como lidar em determinadas situações e assim manter um ambiente agradável e saudável para a convivência.

Outro método utilizado na terapia familiar psicanalítica é a utilização de insight, mas Nichols e Schwarts (2007) lembram que os insights não podem ser usados como alguma forma de cura, já que apenas o insight não é capaz de realizar essa função. Na terapia familiar os insights são utilizados como forma dos membros entenderem as partes reprimidas de si e procurarem aprenderem a aceitar elas e trabalharas da melhor forma, ou seja, a terapia ajuda a família a elaborar melhor seus pensamentos, sentimentos e emoções reprimidas.

No mesmo texto Carneiro (1996) apud Ruffiot (1981) e a sua visão da psicanálise e a terapia familiar, onde ele faz uma relação do aparelho psíquico do grupo familiar com o aparelho psíquico de um recém-nascido, conseqüentemente um aparelho psíquico primitivo que é à base da formação de um grupo familiar, então o que Ruffiot propõe em seus estudos é que o aparelho psíquico do grupo familiar e seu inconsciente devem ser observados e tratados como um todo, já que todos contribuem para a formação do grupo desde recém-nascidos.

Já Souza (2014) traz o conceito de transmissão psíquica que acontece entre os membros da família, que basicamente ocorre quando existe uma passagem de conteúdos psíquicos através da relação familiar dos indivíduos, que por muitas vezes é passado pelo inconsciente.

Assim, pelo fato de a sustentação dos vínculos no grupo familiar se dar mediante a um trabalho constante de elaboração inconsciente, compreende-se que conflitos inconscientes não ditos ou não verbalizados de alguma forma aos membros da família podem causar algum tipo de fratura no vínculo, afetando a comunicação entre os membros do grupo familiar. (SOUZA, 2014, p. 103).

Para Souza (2014) também comenta a questão de eleger “paciente identificado” que basicamente seria algum individuo da família responsável por ter tido problema na transferência de conteúdos psíquicos e através da terapia familiar e

---

a psicanalise trabalhar esse indivíduo e logo depois de identificado e trabalho o equilíbrio familiar volta ao normal, ou pelo menos da a ilusão disso acontecer

[...] o paciente identificado possibilita sustentar a ilusão da família de que o equilíbrio do grupo está sendo mantido; ele o faz devido a suas próprias características ou segundo o momento que está vivendo que o torna mais suscetível a ocupar este papel diante das demandas familiares. (SOUZA, 2014, p. 103).

Logo após a identificação do paciente, ele se torna uma espécie de bode expiatório que segundo Souza (2014) os membros da família depositam todos seus desejos, crenças e sentimentos indesejados nele e que conseqüentemente isso revela muito sobre a real saúde daquela ambiente familiar.

Diante deste cenário familiar, no qual determinados papéis são impostos pelo grupo familiar, muitas vezes faltam condições para os membros lidarem com as angústias e frustrações decorrentes disso e, então, depositam em um único membro a responsabilidade por toda a situação familiar (SOUZA, 2014, p. 104).

Para Gomes (1986) em seu texto Terapia de família, traz a ideia de terapeutas que utilizam a ideia da psicodinâmica, que não utilizam da psicanalise diretamente, porém sofrem influencia de alguns conceitos, como por exemplo a ideia de relações objetais, e ao contrario do que Souza (2014) para Gomes (1986) e a psicodinâmica a terapia familiar deve trabalhar o individuo separado, para que aja um crescimento individual que conseqüentemente influenciara na relação individuo família. "O terapeuta, nesse enfoque, trabalha com memórias, sentimentos e emoções do passado; não são dadas diretivas e o processo terapêutico é demorado" (Gomes, 1986, p. 31.).

Logo o objetivo da terapia familiar sobre o olhar da psicodinâmica é o trabalhar o self individual, Gomes (1986, p. 36) apud Hoffman (1981, p. 243), que diz

Os terapeutas com maior orientação psicodinâmica acreditam que precisamos atingir fatores históricos ou causais para aliviar um sintoma. As versões dos conceitos psicanalíticos de insight, catarse e abreviação aplicada à terapia de famílias parecem ser as maiores avenidas para mudança, e o resultado desejado é uma objetividade madura, como numa terapia freudiana (Hoffman, p. 243)" (GOMES, 1986, p. 31).

Referencia de Hoffman utilizado pelo motivo que os textos estão em inglês e são importantes para a contribuição do assunto.

Logo podemos analisar que a terapia familiar mesmo por um olhar psicanalítico possui varias interpretações e maneiras diferentes de se trabalhar, mostrando a diversidade de tema e que não existe um modelo regrado.

Para Nichols e Schwarts (2007) em seu livro que a terapia familiar perante uma visão psicanalítica não é sobre analisar um indivíduo e ignorar as relações familiares, mas sim saber identificar e interpretar quais e onde estão os



---

problemas no ambiente que impedem desse mesmo indivíduo se relacionar de maneira saudável.

As pessoas estão conectadas de alguma maneira, porém por mais que as pessoas estão conectadas pelo aparelho psíquico (Carneiro 1996) elas possuem suas individualidades que devem ser olhadas com cuidado e trabalhadas com um nível de criticidade maior, para que assim esse ser consiga melhorar seu relacionamento em sociedade, incluindo o ambiente familiar e conseqüentemente tendo uma saúde mental melhor.

### 3. TEMA INEXPLORADO

Segundo Ponciano (2006) assuntos relacionados a família e a terapia familiar são bem exploradas e discutidas no exterior, porém aqui no Brasil ainda existe uma carência de se saber, entender e de aplicar essa metodologia que é tão rica e benéfica para o indivíduo e a família como um todo.

Existe uma diversidade muito grande no método de trabalho dos terapeutas que fazem uso da terapia familiar em sua profissão, grande parte possui formação em Psicanálise, levando com o que seja necessário um estudo maior do ecossistema onde esses terapeutas estão inseridos conforme Ponciano (2006)

[...] percebemos que há uma discussão a respeito da identidade do terapeuta, fortemente atrelada aos diferentes estudos, às diferentes práticas com famílias e às diversas teorias implicadas.[...] constatamos que a diversidade é uma marca característica dos terapeutas de família. Nesta pesquisa, entre os terapeutas entrevistados, quase todos tinham formação em Psicanálise e em Teoria Sistêmica, além de utilizarem outras teorias, na prática clínica.(PONCIANO, Edna Lúcia Tinoco; FERES-CARNEIRO, Terezinha, 2006, p. 252).

Segundo Ponciano (2006) e sua pesquisa, a terapia familiar possui muita carência de pesquisa no âmbito nacional, nós temos muitas áreas e ele nos chama a atenção para a importância de se explorar isso através de pesquisas e estudos dos materiais que já existem, é apontado também a necessidade de se fazer uma inclusão do tema no mundo da psicologia, expondo quem são e o que fazem de fato os terapeutas familiares, para assim incentivar a pesquisa e o desenvolvimento nessa área no Brasil.

Conforme Gomes (1986) para se trabalhar com uma família é exigido muito estudo, trabalho e cuidado, por você estar lidando com vários indivíduos, com idades e personalidades distintas, mas que vivem na mesma instituição social, alguns equipamentos como salas de vidro também podem ser utilizados em algumas sessões, isso tudo dificulta ainda mais a formação de um terapeuta familiar, levando em consideração também que o trabalho ainda é pouco conhecido no Brasil, conseqüentemente a procura e os encaminhamentos também são poucos para o terapeuta familiar.

---

No que diz respeito ao atendimento à nossa população, este tem-se restringido às famílias de maior poder aquisitivo, devido ao seu elevado custo, uma vez que a duração da sessão é maior e há, na maioria das vezes, necessidade de trabalho em co-terapia. Com isso, a população como um todo fica privada de um atendimento que lhe traria grandes benefícios. (GOMES, Heloisa Szymanski Ribeiro, 1986, p. 32)

Como citado acima o acesso à terapia familiar é dificultado também por conta da questão financeira, já que o custo de uma terapia com esse objetivo é mais elevado, fazendo com o que menos pessoas tenham acesso e conseqüentemente a sua divulgação seja mais complicada, limitando também o acesso apenas para aqueles que possuem condição financeira para sustentar os benefícios da terapia familiar.

Segundo Bonafé (2007) o tema é inexplorado também na graduação o que dificulta o desenvolvimento de pesquisas e a propagação, fazendo com o que poucos profissionais trabalhem na área e ajudem no crescimento da terapia familiar, Bonafé (2007) também fala sobre a dificuldade de se colocar esse assunto dentro de universidades, principalmente universidades públicas, já que para se mudar o currículo de uma faculdade é extremamente burocrático e a política pedagógica do curso precisa estar de acordo com a proposta, logo caso o graduando em Psicologia queira saber mais sobre a terapia familiar ele tende a buscar o conhecimento por meios paralelos a universidade.

Tendo em vista tudo que foi apresentado neste capítulo podemos ver que o tema precisa ser mais explorado tanto no âmbito da graduação quanto por profissionais que já estão formados e atuam no mercado.

#### **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesta pesquisa que se utilizou o método de revisão bibliográfica pude notar alguns pontos que me ajudaram a entender melhor sobre a terapia familiar, como suas dificuldades e diferentes métodos de se trabalhar.

Ficou evidente que existe uma carência em pesquisa para esta área, levando em consideração que tive dificuldade de achar materiais de qualidade e recentes, nota-se que a maioria do material utilizado foi publicada antes de 2010 acredito que a falta de se trabalhar esse tema na graduação de um psicólogo influencie diretamente na quantidade e na qualidade das pesquisas que são publicadas, que conseqüentemente gera uma ignorância sobre o assunto que é tão rico e importante.

Através da pesquisa observou-se o quão amplo o assunto pode ser, existem várias visões diferentes, mesmo quando nos limitamos a apenas a visão psicanalítica a terapia familiar ainda sim possuem muitas visões de interpretação e de maneira que o profissional psicólogo pode trabalhar.

É um assunto que pode ser muito explorado ainda, pelo motivo que o papel da família e dos membros que pertencem a um conjunto familiar é de extrema importância para saúde mental de um ser humano, logo trabalhar com todos como sendo apenas um se demonstrou a meu ver através da terapia familiar, uma maneira de se manter uma saúde mental e um ambiente agradável extremamente eficaz.

A diversidade de teóricos que iniciaram os estudos sobre a terapia familiar é bem grande, mas alguns nomes como Nichols, Schwarts e Carneiro foram de grande auxílio na construção desse trabalho, Freud também com seus estudos também foram de grande auxílio para a construção da terapia familiar como um todo.

A pesquisa realizada incentivou a procurar para saber mais sobre a área e levar a diante os estudos nessa área e quem sabe até logo após a formação realizar alguma especialização na área de terapia familiar e poder ter a oportunidade de se trabalhar com duas coisas que podem influenciar muito na vida de um indivíduo que é a terapia e família.

## REFERÊNCIAS

BONAFÉ SEI, Maíra & APARECIDA SERRA ZANETTI, Sandra. (2017). **A psicoterapia psicanalítica de casal e família na Universidade de Londrina.**

CARNEIRO, Terezinha Féres. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 16, n. 1, p. 38-42, 1996 . Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931996000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931996000100007&lng=en&nrm=iso)>. access on 14 Apr. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98931996000100007>.

GOMES, Heloisa Szymanski Ribeiro. **Terapia de família. Psicol. cienc. prof.**, Brasília , v. 6, n. 2, p. 29-32, 1986 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931986000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931986000200011&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 14 abr. 2019.

NICHOLS, Michael P.; SCHWARTS, Richard C. **Terapia familiar: Conceitos e Métodos. 7 ed.** Porto Alegre: Artmed, 2007. P. 225 – 243.

PONCIANO, Edna Lúcia Tinoco; FERES-CARNEIRO, Terezinha. Terapia de família no Brasil: uma visão panorâmica. **Psicol Reflexo. Crit.** Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 252-260, 2006. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722006000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722006000200011&lng=en&nrm=iso)>. acesso em 15 de abril de 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722006000200011>.

SOUZA, B. M.; SEI, M. B. A localização da queixa familiar em um paciente identificado. **Revista Conexão UEPG**, v. 10, n. 1, p. 102-111, 2014.

---

## UNIÃO POLIAFETIVA NA SOCIEDADE BRASILEIRA CONTEMPORÂNEA

Rafael Menguer Bykowski dos Santos  
Graduando em Direito – FDF  
rafaelmenguer2001@gmail.com

Ana Tereza Jacinto Teixeira  
Docente – Uni-FACEF e FDF

### 1. INTRODUÇÃO

O amor ao longo da história da humanidade passou por grandes mudanças, sendo antigamente considerada como de finalidade patriarcal, especialmente durante o Império Romano, onde apresentava características heteronormativa e monogâmico. Já na época moderna, ele evoluiu para um novo tipo de amor, o relacionamento considerado romântico e com o fim afetivo, ficando o aspecto patrimonial relegado a um segundo plano, situação que nos dias de hoje permitiram novas estruturas, como são as uniões homoafetivas e poliafetivas, a primeira caracterizada como o amor entre pessoas do mesmo sexo, e a segunda como a relação afetiva se estabelece entre mais de duas pessoas, podendo elas serem ou não do mesmo sexo.

Hoje o amor tem o fim maior de afetividade, enquanto antigamente, como já afirmado, o amor tinha um fim patrimonial, sendo o amor afetivo repudiado pelas pessoas. Desta forma, durante a evolução da humanidade, o chamado poliamor enfrentou grandes dificuldades e só começou a aparecer com o advento do amor romântico, mas mesmo nos dias atuais os indivíduos que o praticam são marginalizados.

Nessa realidade, este estudo pretende demonstrar a chegada da poliafetividade na sociedade, bem como que esta merece ser respeitada e defendida com o escopo de preservação da busca pela felicidade e da liberdade das relações afetivas, além de apresentar novas estruturas familiares constituídas pela coletividade. Em verdade, com novos casos repercutindo em toda nação, sua ascensão vem pelo motivo de dar fim a solidão, haja vista que em uma relação monogâmica existe maior possibilidade da ocorrência da solidão, o que é menos possível no poliamor, pois o mesmo proporciona uma relação com diversos parceiros, o que torna a solidão menos provável de ocorrer, como se analisara adiante.

### 2. O POLIAMOR

O poliamor é a capacidade da constituição de uma relação afetiva com mais de um indivíduo, com a perfeita aceitação de todos os parceiros, uma vez que

a maior dificuldade é justamente a repartição amorosa entre todos os participantes do grupo afetivo, tornando a mesma de difícil realização em razão da possibilidade da existência do ciúme dentro do relacionamento, situação que aponta para um sentimento que mostra que o amor entre os indivíduos do convívio poliromântica as vezes não é tão efetivo como deveria ser.

A relação poliafetiva expõe uma tendência de pós-modernidade do sexo pelo prazer, passando a ser pela afetividade emocional dos indivíduos, visto que, na moderna sociedade individualizada, acredita-se que as relações sociais teriam desenvolvido um papel maior na rede social dos indivíduos.

O poliamor sempre esteve presente na sociedade, principalmente nas mais machistas, motivo pelo qual muitos consideram que o homem que possui uma amante as escuras de sua esposa, com quem mantém seu relacionamento afetivo e amoroso perante a sociedade, estaria inserido em uma poliromântica, ou seja, a sociedade se faz cega contra os próprios preceitos da relação monogâmica, permitindo que o homem mantenha uma relação afetiva com mais de uma pessoa ao mesmo tempo, como salienta Freud (2000) “essa moral sexual dupla que é válida em nossa sociedade para os homens é a melhor confissão de que a própria sociedade não acredita que seus preceitos possam ser obedecidos”.

Nessa perspectiva, devemos também lembrar a existência da união em que uma só mulher é ligada a dois ou mais companheiros ao mesmo tempo, sendo está denominada poliandria, sendo que sobre tal instituto discorre Calazans (2017), esclarecendo que os “registros formais de Poliandria no Brasil são raros, mas sabe-se que sua prática ocorreu em tribos indígenas que sofreram pouca interferência dos colonizadores”.

Ainda sobre direitos de homens e mulheres, devemos lembrar que na atualidade brasileira, a Constituição Federal (1940), em seu art. 5º, inc. I, garante a isonomia entre homens e mulheres, conforme bem descreve Maciel (1988):

A existência de mecanismos permanentes para receber e transmitir, com fidelidade, a vontade dos cidadãos, em igualdade de condições, destaca-se como uma das principais condições da democracia representativa e confere legitimidade ao processo político.

### **3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS**

Discorrendo sobre o direito como origem familiar, Maciel e Aguiar (2017) informam que “a história do direito, auxiliada pela etnologia jurídica, também estuda os diferentes tipos de estrutura familiar e social”, sendo assim, importante ressaltar que nas antigas civilizações, as relações sexuais ocorriam entre todos os membros de uma tribo, os quais viviam em uma verdadeira endogamia, caracterizado como o método de acasalamento que consiste na união entre indivíduos aparentados, geneticamente semelhantes. Graças a isso o vínculo familiar não era feito de forma sólida, a única certeza estabelecida era sobre a figura da mãe.

As tribos evoluíram e houve um abandono das sociedades andantes, trazendo uma mudança no modo de vida, dando começo ao casamento entre pares, para fazer filhos e conseguir certo patrimônio, para o seu fortalecimento surge então a chamada fidelidade. Entretanto, a relação familiar ainda não era sólida, podendo acabar a qualquer momento. Nesse descortino, surgiu a ideia de propriedade privada, aumentando o acúmulo de bens, ocorrendo assim um fortalecimento da entidade familiar, sendo o homem o seu principal chefe, dessa forma surgindo a sociedade patriarcal, vendo-se, portanto, sua gênese muito antiga.

Já quanto a união monogâmica, caracterizada pela existência de somente parceiro, surge em antigos grupos sociais, onde os filhos eram reconhecidos pela sucessão de bens, modelo que vem até os dias atuais. Esse padrão deu origem aos tesouros capitalizados pelas uniões, a sucessão dos filhos, surgindo, portanto, a necessidade de se ter conhecimento do pai do filho. O vínculo conjugal se tornou mais rígido, além de tornar mais difícil a sua extinção, sendo que nessa linha, a mãe deveria sempre ser fiel e passiva em relação ao poder patriarcal exercido pelo homem como chefe da família, pois o mesmo era o garantidor da prole, pois é ela que terá os bens a serem sucedidos.

Repise-se, o poder do pai era superior na relação monogâmica, caracterizando esta pelas relações de vontade paralelas a noção de união fortemente relacionada ao acúmulo de bens.

Veja-se, que no antigo Império Romano, a mulher não podia receber os bens, os bens eram somente recebidos pelos homens, ou seja, uma sociedade totalmente patriarcal, uma vez que “família significava o grupo de pessoas submetidas ao poder do pater famílias, mas possuía outros significados, como patrimônio familiar ou valor econômico.”, nas palavras de Maciel e Aguiar (2017, p. 130).

Mas, com a expansão do Cristianismo, o pensamento religioso e seus valores, se envolveram no denominado instituto do casamento, tornando este impossível de ser desfeito. A família se tornou parte do Cristianismo de forma intrínseca. Dessa forma, expõe Coulanges (2018) sobre o assunto:

É natural que a ideia de moral tenha tido início e progressos como ideia religiosa. O deus das primeiras gerações [...] era bem pequeno. Pouco a pouco, os homens tornaram-no maior: assim a moral, muito estreita e muito incompleta primeiro, alargou-se insensivelmente até que, de progresso em progresso, chegasse a proclamar o dever do amor e todos os homens. Seu ponto de partida foi a família, tendo sido mediante a ação das crenças da religião doméstica que os primeiros deveres apareceram, aos olhos do homem.

Já o casamento romano não se baseava na afetividade, visava sim o acúmulo de bens, podendo ou não existir o afeto, mas este não era importante para o instituto. Coulanges (2018) ainda expõe que o pensamento religioso era intrínseco na entidade familiar da época:

---

Assim, a religião não residia nos templos, mas na casa. Cada casa tinha seus deuses, cada deus protegia só uma família e só era deus em uma só casa. [...]. Essa religião só podia propagar-se pela geração. O pai, dando vida ao filho, transmitia-lhe, ao mesmo tempo, crença, culto, direito de conservar a lareira, de oferecer a refeição fúnebre, de pronunciar as fórmulas de oração.

Por outro lado, sobre o assunto afirma Gama (2001, p. 31) “há, comprovadamente, notícia de que o casamento não encontrou disciplina orgânica do Direito Romano e, portanto, não foi conceituado como instituto jurídico”. Já com a expansão do Cristianismo, a sua dogmática sobre a união matrimonial prosperou, estando assentada nos próprios institutos vinculados ao Direito Canônico. O casamento então foi considerado sagrado e permanente, sendo caracterizado o matrimônio como a fusão corpórea entre o homem e a mulher.

Pela agregação dos valores católicos ao matrimônio, surgiu o afeto dentro da união matrimonial. Dessa forma, a mulher recebeu uma promoção na sua relação amorosa com o homem, sendo reconhecida a relação sanguínea, bem como o seu predomínio sobre a afinidade civil. A relação afetiva passa a ser mais importante que o acúmulo de bens

Essas alterações fizeram surgir, o começo do desfecho do poder do patriarca, o homem acaba por deixar de ser o principal elemento da entidade familiar, tendo que dividir a sua relação de poder com a mulher, constituindo o poder familiar por ambos, dando começo a um novo surgimento da ideia de alegria dentro da relação matrimonial.

Nessa perspectiva, a família atual não era mais a de outra hora, porque a família para de se basear numa estrutura hierárquica patriarcal, bem como se afasta da família patrimonial do Império Romano.

#### **4. O MOVIMENTO E SUAS CONVICÇÕES**

A relação poliafetiva começou a ganhar destaque nos anos 80 nos Estados Unidos da América, e teve sua primeira conferência internacional em 2005 na Alemanha e no Brasil seu primeiro Poliencontro em 2000 no Rio de Janeiro, também representado pela Rede Relações Livres (RLi) movimento fundado em Porto Alegre em 2006, não sendo mais esta a principal articuladora do movimento no país nos dias de hoje.

Esse movimento contradiz a tese de que só é possível o amor entre duas pessoas, eles acreditam que as pessoas podem ser amadas por mais de um indivíduo simultaneamente, essa estrutura tem foco maior na afetividade e companheirismo entre todos os membros da relação, não sendo uma relação afetiva sendo apenas feita de sexo, mas sim uma relação de responsabilidade, amizade e amor recíproco entre todos as pessoas participantes da união.

Os membros do movimento salientam que uma pessoa não tem capacidade suficiente de complementar totalmente outra pessoa, e que para tanto se tenta buscar a pessoa perfeita que complemente totalmente o outro indivíduo, o estilo de vida dos membros do movimento bloqueia totalmente essa busca e reconhece que os diversos integrantes da relação tem suas limitações e que juntos se complementam, afastando também a ideia de solidão das relações entre duas pessoas.

O movimento também diz que a relação bloqueia a ideia de ciúme possessivo, pois o mesmo é uma ideia de substituição de uma pessoa por outra, sendo no poliamor difícil de ocorrer pois o indivíduo é amado por mais de uma pessoa não tendo como, portanto, ter a ideia de ser substituído por outra pessoa. Todavia, o ciúme ainda pode ocorrer pela ideia da desigualdade entre o amor partilhado entre os integrantes da relação.

Salienta-se agora alguns conceitos necessários, veja-se que na chamada relação poliafetiva pode ocorrer a poliandria (uma mulher com vários homens) ou a poligamia (um homem com várias mulheres) mostrando que ambas relações existem e são visíveis.

Nessa linha, os poliamoristas consideram que os membros das relações monogâmicas estão num status quo de alienação amorosa profunda, além de afirmar que estão numa posição superior de saber, pois entendem o porquê dessa alienação e do fracasso das estruturas e relações da modernidade e se intitulam saber a solução para se ter o sucesso na relação afetiva.

Essa última colocação é um dos principais motivos para críticas ao movimento, o achismo da superioridade. Outra crítica é a pela possibilidade da existência do ciúme, mesmo ele não sendo caracterizado como o ciúme possessivo, mas deve-se afirmar que na relação poliafetiva também pode ocorrer a chamada compersão, que seria o oposto do ciúme, podendo aquela ser descrita como o sentimento de alegria ou de felicidade de uma pessoa ao ver seu parceiro amoroso feliz com outra pessoa.

O termo em realidade é mais usado quando esta felicidade do parceiro inclui um prazer sexual com o terceiro, mas não é restrito a isso. A compersão é sim a ausência ou a superação do ciúme entre parceiros amorosos, mas este conceito não afasta críticas ao movimento.

## **5. O VÍNCULO AFETIVO**

O doutrinador, Cyrulnik (2006, p. 123) explica que o indivíduo “traumatizado se submete à sua história ou dela se liberta utilizando-a. É essa a sua escolha: compulsão a repetir ou a se libertar”, ou seja, a pessoa escolhe o poliamor para não ter que conviver com a repetição da dor e do sofrimento de algum antigo



---

trauma amoroso do passado ou pela plena liberdade de se ter uma relação sexual com várias pessoas, com a menor possibilidade da decepção.

O homem na história da humanidade sempre foi grandioso pelo seu grande número de parceiras sexuais e não o contrário, segundo Schapira (1995, p. 210) “a própria raiz do adjetivo virtuosa pressupõe que a mulher só tem valor se ligada a um homem. A mulher que gera seu próprio valor, como sedutora ou como bruxa, é má”. A mulher que tem mais de um parceiro é mal vista pela sociedade e sempre posta em segundo lugar em relação ao homem. A relação poliafetiva, de forma diferente, põe os dois na mesma situação, podendo o homem ter várias parceiras e a mulher vários parceiros afetivos, nem sempre sendo só do sexo oposto como também do mesmo sexo, a relação então apresentaria um avanço ao colocar a mulher no mesmo patamar que o homem pois sua liberdade sexual é legitimada pelos homens, seus parceiros, que a respeitam e a compartilham entre si, mesmo a sociedade ainda apresentando traços do antigo machismo, quando marginaliza compara mulheres que tem mais de um parceiro.

Todavia, é correto afirmar que na relação poliafetiva não se corre o risco do amor profundo, pois a quantidade de parceiros exigem um compartilhamento igual do amor dos indivíduos, podendo claro gerar uma forma de ciúme, mas não o possessivo e nem mesmo a solidão, pois os parceiros não deixariam ocorrer a criação desse tipo de sentimento, o que não ocorre na relação a dois como explica Comte-Sponville (2009) “o casal não é o contrário da solidão: é um modo de vivê-la juntos, sem negá-la ou renegá-la, sem aboli-la ou traí-la”, portanto, dentro do casal sempre há o sentimento de solidão basta os indivíduos aprenderem a conviver com ela.

Dessa forma, com o que foi apresentado é correto afirmar que a relação poliafetiva é uma estrutura economicamente viável e até bem estruturada, pois nela é mais fácil se atender as necessidades dos indivíduos, é algo mais garantido, nela os parceiros não precisam concentrar-se em uma só pessoa e colocar tudo à disposição dela, até porque todos participam dessa relação, não havendo lugar ao sentimento de solidão, ciúme de forma possessiva ou uma maior possibilidade de decepção, em razão de que a relação garante que haverá afeto entre todos, sendo atendidas as necessidades sexuais dos parceiros, não existindo dessa forma a dificuldade de amar, uma vez que, segundo os membros do movimento, na sua estrutura se encontraria o amor verdadeiro, sendo ele compartilhado por mais de duas pessoas, bem como o somatório desse amor, o verdadeiro amor pleno.

De outra perspectiva, muitos discordam de tais posições, afirmando que não há esse amor pleno, haja vista que a partilha desse amor não é igualitária para todos os parceiros, sendo sim possível ocorrer a solidão, bem como de não ter suas necessidades sexuais atendidas.

O sentimento do amor também seria relegado a um segundo plano, momento em se mostra necessário trazer a posição de Illouz (2011, p. 147), cuja posição é de que “amar é reconhecer libidinalmente, e no corpo do outro, o nosso passado social e nossas aspirações sociais”, um grande perigo, pois sempre haverá a ocorrência de não se ter esse amor recíproco. Na mesma linha, Bauman (2004, p. 164) “considerava que o amor é o encontro de duas liberdades e que, portanto, era algo extremamente difícil de conseguir”, pois no momento em que se ama alguém, essa pessoa passa a ganhar uma maior atenção do indivíduo.

Os defensores do poliamor entendem que o instituto acaba com tal possibilidade de sofrimento e atenção a uma só pessoa, acabando por dar essa atenção e amor a um grupo de pessoas, seus parceiros, nenhum deles teriam essa falta de amor ou qualquer carência.

De outro bordo, Posadas informa que os gregos já chamavam de ágape aquele que “estimula a formação de uma comunidade, a menor comunidade que pode existir na sociedade, a de dois indivíduos que se conhecem, escolhem-se livremente, se amam e se aceitam como são”, a relação a dois exige, certos métodos e modificações constantes, sendo algo difícil de ultrapassar frente a diferentes situações, conhecendo os defeitos dessa pessoa, tentando modificá-la para transformá-la em outro indivíduo, ou seja, se entregar totalmente a alguém é algo difícil, com grandes riscos numa relação, o que resulta hoje na grande troca de relações, vários casais, começando e terminando sua relação pois hoje a sociedade e o indivíduo, exigem o prazer direto o consumo agora. Nessa mesma senda entende Cyrulnik (2006, p. 105), afirmando o autor que “o primeiro amor é uma segunda chance, o segundo amor, uma terceira chance, e os amores seguintes são um azar, pois não dão tempo para outras aprendizagens”, gerando uma decadência emocional que tem por resultado a solidão, acabando por se fechar para uma nova relação amorosa, ficando o indivíduo só.

## **6. A FUNDAMENTAÇÃO DA LUBRICIDADE**

O poliamor aparece como uma válvula de escape, para evitar o fechamento amoroso com vários parceiros, para que juntos todos se completem, afinal só dois não completariam um ao outro, seriam necessárias mais pessoas, daí a multiplicidade, para não ter que ser necessário lidar com a ideia de incompletude. Segundo Bauman (2004, p. 30) “investir no relacionamento é inseguro e tende a continuar sendo, mesmo que você deseje o contrário (...) é uma dor de cabeça, não um remédio”.

Bauman (2005, p. 152) também afirma que “as relações renováveis podem ser a resposta para aqueles que se sentem cada vez mais desconfortáveis diante do compromisso total”. Afinal as relações poliafetivas não tem um tempo de contrato, pois a mesma não necessita do casamento e no Brasil por resolução do Conselho Nacional de Justiça não podem ser registradas uniões estáveis

poliafetivas em serventias extrajudiciais, a relação então seria de amor e prazer com menos compromisso do que em relação ao matrimônio. Ademais, as relações hoje também têm se tornado menos significativas e sem particularidade para as pessoas, pois consomem tempo e geram riscos, por isso no poliamor os indivíduos compartilham a particularidade e o amor com todos os parceiros, pois juntos todos se completam.

Uma corrente doutrinária diz que esse amor por pura satisfação e prazer é algo negativo, posição defendida pelo doutrinador Zizek (2014, p. 138), cuja posição é de que “devemos hoje mais do que nunca insistir no amor, e não na simples satisfação, como ponto essencial: é o amor, o encontro de Dois, que transubstancia o idiotismo do gozo masturbatório num acontecimento propriamente dito”, amar é algo difícil e complicado, que acaba por levar as pessoas a quererem um prazer afetivo que nunca acaba, pois sem a relação sexual o amor não se completa. A relação apenas para se ter o prazer gera um vazio que nunca se sacia por completo, gerando na pessoa um sentimento de desprazer amoroso. Para tanto surge o poliamor, para saciar esse vazio, pois com a multiplicidade de relações afetivas, que possibilita amar mais de uma pessoa sendo ela ou não do mesmo sexo, fecha e sacia o vazio da pessoa.

Por outro lado, algumas posições salientam que algumas modalidades estariam também inseridas no instituto, como por exemplo, a traição (relação fora do casal sem conhecimento de um dos indivíduos da relação monogâmica), swing (troca de casais) e o relacionamento aberto, ou seja, estas também seriam formas de relação poliafetivas, outros, no entanto, discordam, afirmando que a relação necessita do amor e afetividade de todos os membros da relação em conjunto, havendo uma partilha afetiva e romântica entre os membros da estrutura, o que não ocorre nas outras modalidades pois teria que existir o conhecimento mútuo da existência dos outros indivíduos, bem como a parte afetiva entre os membros, o que não há nas modalidades indicadas.

Os poliamoristas não são revolucionários e inovadores, eles fazem parte de uma série de transformações dentro do âmbito sexual e social que acabaram por gerar a sua atual estrutura, várias familiaridades e semelhanças das modalidades de relações são motivadoras da geração dessa estrutura e mostram o porquê não é inovador, sendo sim um resultado da busca pela felicidade e da necessidade de saciar o prazer sexual.

## **7. O PARADIGMA JURÍDICO**

É correto afirmar que a família é a principal responsável pela formação da personalidade de uma pessoa, não sendo, portanto, só um instituto biológico, sendo gerador de cultura. No art. 5º inciso II da Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006), resta estabelecido o novo conceito legal de entidade familiar, como sendo pessoas aparentadas ou não, que são unidos por serem afins ou por interesse expreso.

Nesse descortino, verifica-se também que um dos fundamentos do Estado é a dignidade da pessoa humana, sendo que, a partir desse fundamento, restou reconhecido o casamento homoafetivo, mesmo não sendo um modelo inicialmente aceito pela sociedade, mas ocorre que a lei não pode ferir a liberdade, a igualdade e a dignidade do ser humano.

Todavia, a lei se mantém silenciosa sobre a relação poliafetiva, o modelo de entidade familiar está de acordo com todos os fundamentos da Carta Magna porque o envolvimento de pessoas de sexos iguais ou diferentes buscam uma vida comum, desenvolvendo seus afetos, ou seja, a partir da vontade da pessoa, não sendo o gênero fator para o impedimento de uma relação entre os indivíduos.

O poliamor é uma nova forma de família, a nova entidade familiar da atualidade não tem a necessidade do matrimônio. A família que antes era gerada a partir do casamento e do parentesco foi perdendo gradativamente a sua firmeza. Na realidade atual, verifica-se diversos modelos de família, sendo que muitos modelos não estão previstos na Constituição Federal ou no ordenamento jurídico, mas são formados pela afetividade, no entanto, muitos desses modelos mesmo não previstos são reconhecidos.

Nessa perspectiva, Dias (2009, p. 52) entende que “existe uma nova concepção de família, formada por laços afetivos de carinho e de amor”. No mesmo paradigma expõe Lôbo (2004, p. 138) “enquanto houver afeto haverá família, unida por laços de liberdade e responsabilidade, e desde que consolidada na simetria, na colaboração, na comunhão de vida”. A ideia de família atualmente passa por mudanças objetivadas na relação de afeto, uma vez que a entidade familiar hoje tem como princípio os laços basilares da afetividade, os mesmos responsáveis pelo seu objetivo e sua origem, influenciando o progresso da dignidade da pessoa humana.

Ora, pelo grupo social, a entidade familiar deve dar possibilidade para os indivíduos desenvolverem a sua personalidade, com o objetivo de cada um ter a sua singularidade, mas a família segue sendo indissociável da afetividade, haja vista buscar atingir a felicidade dos indivíduos.

Dessa forma o ordenamento jurídico deve regulamentá-las sem deixar-se influenciar pela moral e religião. O parágrafo quarto do artigo 226 da Carta Maior (BRASIL, 2002), verifica-se o mandamento no sentido de que a família é um grupo social composta por parentes e sua prole, do mesmo artigo vem a guarda da entidade familiar, bem como também verifica-se ser o instituto um dos princípios do grupo social, devendo, portanto, ser protegida pelo Estado.

Todavia, o parágrafo terceiro do artigo 226 descreve que a entidade familiar ocorre entre homem e mulher, bem como os artigos 227, 228, 229 e 230 da mesma Constituição Federal, também estão a regular o instituto familiar.

---

Na mesma senda, o Código Civil (BRASIL, 2002) expõe a grande parte da regulamentação da família nos seus artigos 1.511 até o 1.783. A mesma legislação também se posiciona sobre o conceito, como a Constituição, em seu artigo 1565 (BRASIL, 2002).

A família, portanto, se traduz numa relação de homem e mulher, ela tem alguns requisitos como expressos os expressos no artigo 1.723 (BRASIL, 2002) do Código Civil. A mesma norma faz considerações sobre o casamento, como constituição de unidade familiar, bem como quanto a união estável e sua equiparação a uma família. Na união estável verifica-se que a existência de direitos e vedações como o exposto os expressos no artigo 1.521 do mesmo Código, bem como que as situações previstas nesse artigo dão ensejo a configuração do crime de bigamia expresso no Código Penal, especificamente em seu artigo 235 (BRASIL, 1940), lembrando que na realidade atual, em verdade ambos os institutos estão muitos aproximados.

Todavia, há algumas diferenças mesmo que pequenas, elas fazem os institutos se diferirem um em relação ao outro como por exemplo, o §1º do artigo 1.639 (BRASIL, 2002) Código Civil, o respectivo artigo fala dos regimes que podem ser escolhidos no casamento, o que não pode ser feito na união estável pois só a um regime que é aplicado na mesma, conforme expõe o artigo 1.725 (BRASIL, 2002) do respectivo Código. Há certas diferenças também expostas na sucessão de bens, pois nem sempre o companheiro é o herdeiro, como expõe o artigo 1.845 (BRASIL, 2002) da citada norma.

Os vínculos familiares são relações sólidas, o direito de família deve ser olhado sem qualquer intolerância, há nele sempre uma modificação de valores, pelas grandes mudanças do mundo atual, acaba tornando valores antes não muito bem-vistos pela sociedade como coisas comuns da rotina diária.

Todavia, há pessoas que se opõe a união poliafetiva, afirmando ser instituto completamente nulo, bem como que não é capaz de produzir qualquer efeito jurídico, lembrando a já superada visão da vedação da união entre mais de duas pessoas. Argumenta-se que pelo artigo 1514 (BRASIL, 2002) do Código Civil, no sentido de não ser possível o casamento entre mais de duas pessoas, muito menos uma união, como também fazem menção, no mesmo ponto, ao já citado artigo 1723 da mesma legislação, além de buscarem abrigo na Lei nº 9.278 (BRASIL, 1996), norma que em seu artigo 1º (BRASIL, 1996) também impossibilitaria a união entre mais de duas pessoas.

Por outra perspectiva, certos doutrinadores dizem que não há nada que fira a Constituição Federal ou no ordenamento jurídico pátrio que proíba a aceitação de Escritura Pública do Cartório de Notas reconhecendo a união poliafetiva. Não há inconstitucionalidade pois o Estado não intervêm na vida privada das pessoas, dessa forma, nem o Ministério Público pode desconstituir essa escritura, as pessoas devem ter o direito à liberdade das relações afetivas, ou seja, liberdade de ter amor,

felicidade, devem ter o direito a dignidade da pessoa humana sem qualquer represália, sem qualquer inconstitucionalidade, pois ferir o registro de sua união é ferir a sua dignidade humana, é ferir a sua liberdade, é ferir a liberdade de escolha, é ferir os princípios fundamentais e ferir os princípios da ordem democrática, além de, acima de tudo, ferir a própria dignidade humana dos indivíduos, ferindo então o seu próprio direito de existir e, portanto, ferindo a Carta Magna.

Respeitar a família é aquilo que os cidadãos querem, é um aspecto fundamental, pois a sociedade se modifica dia a dia, não sendo as leis capazes de acompanhar a mudança cada vez mais frenética das relações sociais, muitas vezes a legislação se torna obsoleta. A Carta Magna deu fim à família patriarcal, pois a família de outra hora se preocupava com o patrimônio e colocava a mulher em posição de inferioridade. No entanto, hoje a mulher é colocada em posição de igualdade e a família passou a ter como novo objetivo o afeto, para se alcançar a almejada felicidade de todos os indivíduos da entidade familiar, para a evolução e o progresso da dignidade da pessoa humana, sendo protegida e garantida pela Carta Magna.

Neste diapasão, quando foi permitida a união de pessoas do mesmo sexo, houve um certo bloqueio social, e por diversas vezes foi considerado o entendimento no sentido da ocorrência de um prejuízo em face da CF. Mas, o ordenamento jurídico é moldado a partir da realidade social a qual deve regulamentar. Antigamente, a entidade familiar era caracterizada como um fator para o fim de acumular bens, hoje mudando-se de paradigma, tendo ela o fim da afetividade para o objetivo da felicidade plena de todos os membros da família.

Hoje, com as novas formas de família, o Estado não pode negá-las e muito menos proibi-las, pois, o ordenamento jurídico é moldado pelo grupo social e não o oposto, quando o direito acaba por desprezar a realidade social, a mesma faz o mesmo com o direito.

O direito pode afirmar que união poliafetiva existe ou dizer até que ela não existe, bem como que é impossível a união que não seja de somente duas pessoas. Se não a reconhece mostra sim que o direito não está de acordo com a realidade social, mostrando que o mesmo está em situação de retrocesso, ou seja, não está progredindo, pois ele acaba por proibir as pessoas de terem a sua relação afetiva, de buscar a felicidade. O Estado deve, portanto, permitir a união poliafetiva, pois não permitindo a mesma, fere os direitos e princípios fundamentais dos indivíduos, especialmente o da dignidade da pessoa humana.

## **8. VEDAÇÃO DO REGISTRO DE UNIÕES POLIAFETIVAS PELO CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA**

O Conselho Nacional de Justiça (CNJ), no dia 26 de junho de 2018, decidiu no Pedido de Providências (PP) Nº 0001459-08.2016.2.00.0000, no sentido

de que as Serventias extrajudiciais não estão autorizadas a registrar uniões poliafetivas nas escrituras públicas. A decisão faz com que as Corregedorias Gerais de Justiça, proibam as serventias dos estados de registrarem a uniões poliafetivas. Essa decisão foi proferida em razão do pedido da Associação de Direito de Família e das Sucessões (ADFAS), a qual requisitou ao CNJ, em razão da confecção de duas escrituras públicas de constituição de uniões poliafetivas, registradas nas serventias de São Vicente e de Tupã, no Estado de São Paulo.

Conforme, o relator do processo, ministro João Otávio de Noronha, que votou pela procedência do pedido na 270ª Sessão Plenária, a competência do CNJ se limita ao controle da administração, e não controle jurisdicional, conforme a Constituição Federal. O relator diz que esse documento não tem amparo no ordenamento jurídico e muito menos nas decisões proferidas pelo Supremo Tribunal Federal (STF). Segundo o Ministro Noronha (BRASIL, 2018):

“(Nesse julgamento) eu não discuto se é possível uma união poliafetiva ou não. O corregedor normatiza os atos dos cartórios. Os atos cartorários devem estar em consonância com o sistema jurídico, está dito na lei. As escrituras públicas servem para representar as manifestações de vontade consideradas lícitas. Um cartório não pode lavrar em escritura um ato ilícito como um assassinato, por exemplo”.

A então Presidente do STF, Ministra Cármen Lúcia, se pronunciou sobre o assunto, afirmando:

“O desempenho das serventias [cartórios] está sujeito à fiscalização e ao controle da Corregedoria Nacional de Justiça. Por isso exatamente que o pedido foi assim formulado. Não é atribuição do CNJ tratar da relação entre as pessoas, mas do dever e do poder dos cartórios de lavrar escrituras. Não temos nada com a vida de ninguém. A liberdade de conviver não está sob a competência do CNJ. Todos somos livres, de acordo com a constituição”.

A votação se iniciou na 270ª Sessão Plenária, na data do dia vinte e cinco de abril de dois mil e dezoito, mas acabou por ser interrompida em razão do pedido de vista regimental do conselheiro Aloysio da Veiga. Após isso, na 272ª Sessão Ordinária, o conselheiro Valdetário Monteiro pediu vista, apresentando seu posicionamento na sessão de vinte e seis de junho do mesmo ano, no qual o mesmo seguiu o voto do ministro-relator. No fim da votação, oito conselheiros se disseram a favor da proibição do registro da união poliafetiva em escritura pública. Já o outro lado, liderado pelo conselheiro Aloysio Corrêa da Veiga, teve cinco votos.

Nessa perspectiva, Corrêa da Veiga entende que as escrituras públicas podem estabelecer uniões poliafetivas, todavia, não podem equiparar a mesma à união estável e à família. Houve ainda, um outro lado sobre o assunto exposto pelo Conselheiro Luciano Frota, mas não obteve adesão no Plenário. O conselheiro disse que o pedido era improcedente de forma absoluta, dessa forma, as serventias extrajudiciais não deveriam lavrar escrituras públicas de união poliafetiva. Assim,

---

conforme entendimento de maioria dos conselheiros, esse documento reconheceria os direitos garantidos ao casamento e a união estável, o que não era viável.

## **9. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Dizem que o ordenamento jurídico deve acompanhar as evoluções sociais que ocorrem na coletividade. Considerando essa assertiva, a união poliafetiva se apresenta como uma realidade. E nesse estudo não há considerações ou questionamentos sobre aspectos morais ou religiosos, em verdade a união poliafetiva está presente, ela existe e deve ser respeitada, ela se enquadra no conceito de família.

As colocações feitas apontam que não se deve formar uma sociedade através do direito, e sim o contrário, a sociedade deve formar o direito, fazendo as mudanças da legislação conforme a evolução do grupo social. Nessa perspectiva, tanto a união poliafetiva como a união homoafetiva estão baseadas em uma relação de afeto entre seus indivíduos, que estão em busca da felicidade, não devendo, portanto, a moral e a religião desrespeitá-las

No direito brasileiro não há nada que diga expressamente que a união poliafetiva é proibida. Caso a união poliafetiva seja aparentemente estranha a realidade social, neste estudo restou exposto que antigamente a família tinha como fins o afeto e a felicidade de seus membros. Até no antigo Império Romano, quando as famílias tinham o fim patrimonial e a obtenção de bens como objetivo mais presente, também lá o traço afetivo se fazia presente. Deve-se buscar entendimento semelhante e aplicar tal posicionamento as uniões poliafetivas, pois as mesmas buscam o afeto com o fim de felicidade de todos, até porque, de acordo, com o princípio da dignidade da pessoa humana, do princípio da liberdade das relações afetivas, do direito de liberdade, do direito de existir, do direito de ter o amor e o carinho e principalmente, do princípio de dever do Estado de proteger e regular a vida na sociedade, a união poliafetiva deve ser permitida como uma nova entidade familiar, sob pena de ferir todos os princípios já mencionados.

As uniões poliafetivas, não são as únicas novas formas de família, até porque outras estão surgindo de modo gradativamente mais rápido na sociedade, as mudanças estão mais céleres, a sociedade está mais veloz, o direito não pode ficar para parado, deve se atualizar, mesmo que as modificações sejam eficientes, o direito não pode se calar ou omitir de proteger a dignidade da pessoa humana, ele não pode deixar de regular e proteger a sociedade em constante mudança, o Estado atribui a todos direitos e garantias fundamentais, o Estado atribui mais e mais direitos, porque é isso que o Estado faz, deve proteger e não ferir, por esse motivo ele deve permitir as uniões poliafetivas para não machucar às pessoas.

## **REFERÊNCIAS**



---

ALVES, Leonardo Barreto Moreira. **A Função Social da Família**. 39ª ed. Porto Alegre: Editora Revista Brasileira de Direito de Família, 2007.

ARANHA, Maria Lúcia de Arruda de; MARTINS, Maria Helena Pires. **Filosofando: Introdução à Filosofia**. 4ª ed. São Paulo: Editora Moderna, 2009.

BAUMAN, Zygmunt. **Em Busca da Política**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2000.

\_\_\_\_\_. **Amor Líquido: Sobre a Fragilidade dos Laços Humanos**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2004.

\_\_\_\_\_. **Isto Não é um Diário**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2012.

\_\_\_\_\_. **Vidas Desperdiçadas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2005.

BOFF, Leonardo. **Feminino e Masculino: Uma Nova Consciência para o Encontro das Diferenças**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2002.

BRASIL. **Conselho Nacional de Justiça**. Cartórios são proibidos de fazer escrituras públicas de relações poliafetivas. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/cnj/87073-cartorios-sao-proibidos-de-fazer-escrituras-publicas-de-relacoes-poliafetivas>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federal**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso em: 13 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Decreto-Lei nº 2.848**. 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del2848.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm)>. Acesso em: 13 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.278**. 10 de maio de 1996. Regula o § 3º do art. 226 da Constituição Federal. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L9278.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9278.htm)>. Acesso em: 13 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 10.406**. 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/l10406.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10406.htm)>. Acesso em: 13 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 11.340. 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm)>. Acesso em: 13 dez. 2018.

---

CALAZANS, Ligia Mendes. **Poliandria à brasileira: Considerações sobre a família, o controle sexual, o papel da mulher e a aceitação do diferente na TV e no cinema brasileiro.** Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/calazans-ligia-2017-poliandria-brasileira.pdf>>. Acesso em: 24 mar. 2019.

COMTE-SPONVILLE, André. **A Vida Humana.** 1ª ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2009.

COULANGES, Fustel de. **A Cidade Antiga.** Disponível em: <<http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/Fustel%20de%20Coulanges-1.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2018.

CYRULNIK, Boris. **Falar de Amor à Beira do Abismo.** 1ª ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2006.

DAMATTA, Roberto. **A Aventura Sociológica.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 1978.

DIAS, Maria Berenice. **Manual de Direito das Famílias.** 5ª ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2009.

ENGELS, Friedrich. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado.** 15ª ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 2000.

FERREIRA, Linto. **Manual de Sociologia.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora José Konfino, 1973.

FREUD, Sigmund. **Moral sexual “Civilizada” e Doença Nervosa Moderna.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1976.

FREYRE, Gilberto. **Casa-grande & Senzala.** 1ª ed. São Paulo: Editora Maia & Schmidt, 1933.

GAMA, Guilherme Calmon Nogueira. **O Companheirismo.** 2ª ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001.

HEILBORN, Maria Luiza. **Dois é Par: Gênero e Identidade Sexual em Contexto Igualitário.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004.

ILLOUZ, Eva. **O Amor nos Tempos do Capitalismo.** 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2011.

LÔBO, Paulo. **A Repersonificação das Relações de Família.** 23ª ed. Porto Alegre: Editora Revista Brasileira de Direito de Família, 2004.

MACIEL, Eliane Cruxên Barros de Almeida. **A Igualdade Entre os Sexos na Constituição de 1988.** Disponível em:

---

<<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/159/10.pdf?sequence=>>.  
Acesso em: 24 mar. 2019.

MACIEL, José Fabio Rodrigues (Coord.). **História do Direito**. 8ª ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

PIERSON, Donald. **Teoria e Pesquisa em Sociologia**. 17ª ed. São Paulo: Editora Melhoramentos, 1997.

POSADAS, Castillo. **Um Veneno Chamado Amor: Ensaio Sobre Paixões, Ciúmes e Mortes**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2001.

QUALLS-CORBETT, Nancy. **A Prostituta Sagrada: A Face Eterna do Feminino**. 1ª ed. São Paulo: Editora Paulinas, 1990.

SAFATLE, Vladimir. **O Circuito dos Afetos**. 1ª ed. São Paulo: Editora Cosac Naify, 2015.

SCHAPIRA, Laurie Layton. **O Complexo de Cassandra: Vivendo em Descrédito a Histeria numa Perspectiva Moderna**. 1ª ed. São Paulo: Editora Cultrix, 1995.

VAITSMAN, Jeni. **Flexíveis e Plurais: Identidade, Casamento e Família em Circunstâncias Pós-modernas**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Rocco, 1994.

WHYTE, William Foote. **Sociedade de esquina: A Estrutura Social de Uma Área Urbana Pobre e Degradada**. Rio de Janeiro: Editora Zahar, 2005.

ZIZEK, Slavoj. **O Amor Impiedoso**. 2ª ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2013.

\_\_\_\_\_. **Violência: Seis Reflexões Laterais**. 1ª ed. São Paulo: Editora Boi tempo, 2014.

---

## **VIDEOGAMES VIOLENTOS, CONTROVÉRSIAS E EFEITOS SOBRE O COMPORTAMENTO: Um estudo sob as visões da Psicologia**

Júlia Marani Baptistella  
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF

Suzanna Martins Dutra  
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF

Sofia Muniz Alves Gracioli  
Docente – Uni-FACEF

### **1. INTRODUÇÃO**

A adolescência é uma fase do desenvolvimento que traz diversas problemáticas, como a formação da identidade, o processo de separação psíquica dos pais e a aceitação em grupos sociais. No entanto, nem sempre tais conflitos permanecem exclusivos à esfera intrapsíquica e a agressividade é externalizada.

Com a evolução dos aparelhos eletrônicos os videogames ganharam grande notoriedade, especialmente quando se trata do protagonismo dos adolescentes em atos violentos. É comum perceber que a população geral aponta os jogos de videogames violentos como desencadeadores dos comportamentos agressivos dos jovens.

Perante o aumento da violência entre os jovens torna-se necessário investigar e entender a correlação entre os games e a violência juvenil.

Este artigo teve como objetivo investigar pelas abordagens psicológicas a agressividade em adolescentes que fazem o uso de jogos de videogames violentos.

Como metodologia foi utilizada a revisão bibliográfica crítica, com o uso de livros, artigos científicos e notícias que estejam em intersecção com o tema.

### **2. VIDEOGAMES VIOLENTOS E SUAS CONTROVÉRSIAS**

O primeiro videogame surgiu em 1958, com o jogo de William Higinbotham, Tennis for Two, que simulava partidas de tênis de mesa (BARBOZA; SILVA, 2014). O jogo, que funcionava a partir de um osciloscópio, era bastante rudimentar, contudo, representava grandes avanços para a época. Dois anos depois surgiu SpaceWar!, desenvolvido no Massachusetts Institute of Technology (MIT) (BATISTA et al, 2007). Apesar da simplicidade, Spacewar! conquistou uma popularidade que impulsionou o desenvolvimento de novos jogos.

---

Somente na década de 1970 que os videogames tornaram-se acessíveis para o público em geral, a partir da criação dos arcades. No entanto, haviam muitas limitações: gráficos inexpressivos, comandos restritos e pouca interatividade (DUARTE, 2011).

Mesmo com as dificuldades técnicas iniciais, a indústria dos videogames nunca se estagnou. A partir dos arcades surgiram os consoles caseiros e os consoles portáteis. A intensa competitividade entre as grandes empresas desenvolvedoras ocasionou o desenvolvimento exponencial de inovações cada vez mais avançadas, como jogos em 3D, realidade virtual (VR, do inglês virtual reality) e gráficos altamente realistas. Hoje os games são um dos empreendimentos mais bem sucedidos do mundo, com um mercado e um público em constante expansão, tornando-se uma das principais formas de entretenimento do século (SOUZA, 2015).

Em comparação à televisão, ao computador e ao smartphone, tecnologias populares da contemporaneidade, o videogame se destaca por oferecer alta interatividade, imersão do jogador, desafios envolventes e possibilidades de exploração (NEWMAN, 2004). Tais características, acrescidas à grande popularidade dos videogames, ao aumento do realismo dos gráficos, ao papel ativo do jogador e ao alto potencial de dependência atraem preocupações da população em geral, principalmente quando se trata de jogos violentos.

Os jogos violentos receberam destaque na década de 1990, com o lançamento de Street Fighter II, que popularizou os jogos de luta. Em seguida surgiram diversos jogos desse gênero, como Mortal Kombat. Frente ao crescente surgimento de jogos violentos o Senado Americano iniciou estudos para analisar a relação dos jogos violentos sobre o comportamento dos jogadores, com o objetivo de proibir esse gênero de games. Como resultado foi criado um sistema de classificação de conteúdo por faixa etária. Porém, ao diferenciar uma categoria de jogos para adultos, contraditoriamente, surgiram jogos ainda mais violentos apoiados nesse sistema (CRUDO, 2001).

A partir de então os jogos violentos se expandiram de lutadores de artes marciais para cenas de violência explícita, assassinatos sangrentos e atos criminosos. Em seu estudo, Ferreira (2009) analisa dois jogos desse estilo: Grand Theft Auto: San Andreas e God of War. O primeiro possibilita que o protagonista realize roubos, assassinatos, agressões físicas, tráfico de drogas, porte de armas e invasões de propriedades. Já o segundo contém lutas brutais, assassinatos, cenas com sangue e monstros em um mundo mitológico grego. Segundo o autor, apesar de ambos apresentarem cenas de violência alarmantes, o Grand Theft Auto: San Andreas despertou na sociedade maiores inquietações por envolver atos mais próximos da realidade do que a morte brutal de monstros mitológicos em God of War.

A exposição dos jovens a tais níveis de agressividade têm chamado a atenção para os efeitos dos jogos violentos sobre o desenvolvimento e o

comportamento dessa população, uma vez que os jogos para adultos são cada vez mais populares entre os adolescentes (DUARTE, 2011). As tentativas de compreensão da influência dos videogames se intensificam, repetidamente, após a ocorrência de fatalidades como o massacre de Columbine, em abril de 1999, e a recente tragédia de Suzano, em março de 2019. Em ambos os casos houve a realização de genocídios por jovens que faziam uso de videogames violentos, de modo que a mídia e a sociedade automaticamente postularam que os adolescentes imitaram na realidade o que realizavam no mundo virtual. Segundo Sarmeti e Pilati (2016, p. 18), em situações como essas “fica, de forma implícita ou explícita, a suposição de uma relação causal entre o tipo de jogo que o indivíduo joga e determinados comportamentos que ele manifesta fora do contexto de jogo”.

Ao investigar os efeitos dos videogames violentos, há pesquisas que não encontraram relação entre os jogos e o desenvolvimento de agressividade no jogador (SANTOS; SANTOS; RIBEIRO, 2015; LUGARINHO; AVANCI; PINTO, 2017).

Em contraposição, Stroppa, Gomes e Lourenço (2017), em uma revisão bibliográfica, evidenciaram o predomínio de estudos que confirmam a relação causal entre videogames violentos e atitudes agressivas. Contudo, os autores destacam a necessidade de se repensar a metodologia e as variáveis usadas como determinantes da agressividade para que haja uma maior clareza e uniformidade nos dados das futuras pesquisas sobre o assunto. Logo, apesar da maioria dos estudos apontarem a existência de uma correlação entre os jogos violentos e a agressividade, a heterogeneidade da metodologia das pesquisas alimenta ainda mais as controvérsias sobre o assunto.

Tais divergências sobre os impactos dos jogos violentos se mostram presentes na pesquisa de Suzuki et al (2009). A partir de uma pesquisa de campo com discentes da Universidade de São Paulo os autores exploraram a percepção dos jogadores quanto aos efeitos dos jogos violentos sobre os seus comportamentos. A maioria dos entrevistados não percebeu interferências no comportamento, contudo alguns alunos relataram que se sentiam mais agressivos após jogar. Outro fator investigado pela pesquisa foi o tempo de jogo. Percebeu-se um grande engajamento ao jogar, de modo que o longo tempo despendido interferia na vida dos entrevistados. Esses resultados apontaram condutas de risco para a dependência de games, categoria que recentemente foi acrescentada à Classificação Estatística Internacional de Doenças (CID-11) (PEREIRA et al, 2018).

A dependência não é o único fator que é tema de investigações. Diversos estudos foram dirigidos para a exploração dos efeitos, tanto positivos quanto negativos, dos videogames violentos sobre o jogador.

Segundo Napoli e Gomes (2018, p.200) os efeitos da violência dos jogos extrapolam o virtual e atingem o real, visto que “o jogador não está basicamente realizando movimentos de seus dedos e mãos em um controle, mas sim está em grande interação emocional, física e psicológica com o jogo”. Tais

---

reflexos são expressados através de atitudes e crenças agressivas, hostilidade, ansiedade, diminuição da empatia e dessensibilização referente a conteúdos violentos. Entretanto, tal interação com os jogos violentos também implica em consequências benéficas para o jogador, segundo os autores. O universo virtual do jogo pode servir de meio para a vazão de impulsos destrutivos do indivíduo incompatíveis com a moral vigente na sociedade, sem implicar em punições para o sujeito. Assim, os jogos violentos apresentam um efeito catártico que pode, inclusive, acalmar o jogador.

Sarmeti e Pilati (2016) , a partir do General Learning Model (GLM), defendem que a exposição a jogos violentos favorece a aprendizagem de ações destrutivas e revive memórias ligadas à violência de modo que o comportamento se torna mais agressivo. Assim, situações futuras se tornam mais prováveis de serem interpretadas pela ótica violenta e de ativarem padrões de comportamento agressivos. Entretanto, a simples exposição não seria fator determinante na expressão da agressividade, uma vez que cabe ao indivíduo avaliar suas experiências e escolher quais comportamentos serão manifestados. Desse modo o jogador não é apenas um receptor e reproduzidor de comportamentos violentos, mas sim um sujeito capaz de refletir sobre suas vivências.

Observa-se que o contraste entre os efeitos negativos e positivos dos videogames violentos, por definição, não elege um único efeito para se sobrepôr aos demais. Os jogos, devido à sua complexidade e multiplicidade de elementos constituintes, podem ser tanto relaxantes quanto estimulantes (IVARSSON, 2014), o que agrava as dificuldades de se estabelecer um juízo definitivo sobre o seu caráter maligno ou benigno. Logo, a polêmica sobre a indução de comportamentos agressivos através dos videogames violentos ainda está longe de ser solucionada.

Entretanto, o impulso do senso comum frequentemente é voltado para a condenação dos videogames através de discussões morais (MARKEY; FERGUSON, 2017). Contudo, é preciso direcionar uma atenção especial para essa temática a fim de que não haja um julgamento instantâneo, mas sim um melhor entendimento sobre a relação entre o jogo e o jogador e a dinâmica psíquica que ocorre durante o contato com a agressividade.

### **3. TEORIAS DA PSICOLOGIA SOBRE A AGRESSIVIDADE**

A palavra agressividade tem sua etimologia no latim na expressão *aggressivitas*, que é derivada da palavra *aggressio*, cujo significado é alcançar algo, ataque, dar o passo em direção a alguma coisa, aproximar-se. É possível perceber que seu significado não vem de uma origem pejorativa, mas o uso de uma conotação negativa ou positiva depende da forma como a agressividade é aplicada.

---

Aqui, torna-se necessário estabelecer a distinção entre agressão, violência e agressividade e definir os respectivos significados empregados nesta pesquisa, uma vez que tais conceitos são frequentemente confundidos.

No presente estudo, é adotada a conceituação de Formiga et al (2007, p. 291) para a agressão: “(...)qualquer comportamento que tem o objetivo de prejudicar ou ferir física ou psicologicamente algum outro ser humano, podendo ser expresso de forma instrumental ou expressiva e que a pessoa-alvo desse comportamento deseja evitar”. Já a violência é um tipo de agressão que envolve a efetivação de danos intensos a seres humanos (CAVALCANTI; PIMENTEL, 2016).

A agressividade é a tendência de apresentar comportamentos que geram a agressão. Porém, segundo Soares (2015), a agressividade não envolve a presença de ações físicas, ou seja, a agressividade pode se expressar de diversas formas que não necessariamente envolvem a concretização de uma lesão. Alguns exemplos da expressão não violenta são a competitividade no esporte, a elaboração de obras de arte e a responsividade ao meio.

A agressividade é um tema muito abordado na atualidade, muitos questionam a origem desses atos agressivos, é dito que essas ações podem ser originadas através do indivíduos pela agressividade individual, ou pelo seu meio social, agressividade social. Para a psicologia a agressividade é o direcionamento da energia, libido, para a autoproteção ou autoafirmação.

Alguns teóricos desenvolveram suas teorias sobre a origem da agressividade. Uma dessas é a teoria biológica e do inatismo, essa teoria é focada especialmente na parte biológica e fornece uma ótima base sobre esse assunto, porém não agrega em sua teoria as partes sociais, como o contexto vivido e as interações com outros seres que são partes e peças que podem causar impacto na parte biológica. A teoria mais conhecida e de mais impacto desta área é a do instinto e da frustração-agressão. Dollard (1939) dizia que quando o indivíduo era incapaz de completar seus objetivos ele reagia com a agressão que era causada pela frustração.

Primordialmente citada por Freud (1930) a teoria do instinto via a agressividade como inata, uma forma na qual o homem supera obstáculos e luta pela sobrevivência. Para ele, o humano é movido por duas forças (também denominadas de instintos) antagônicas. A primeira é a pulsão de vida, Eros, que guia o sujeito à sua autopreservação e à preservação de sua espécie. E a segunda é a pulsão de morte, Thanatos, que visa à autodestruição. A agressividade nada mais seria do que a externalização da pulsão de morte. (FERREIRA, 2011).

Outro teórico que via a agressividade como inata era Lorenz (1973). Ele dizia que a agressividade estava programada geneticamente no homem, e que ela seria desencadeada em determinadas situações.



---

Para a teoria behaviorista existem histórias ontogenéticas ou episódios que podem potencializar a ocorrência de episódios agressivos. A frustração sendo um exemplo de um potenciador, a frustração em grande escala ou em pequena escala porém repetitiva pode gerar esses episódios de agressão.

Segundo Leite (1987) a agressão é um processo complexo, que pode estar sob controle de fatores externos ou internos, ser influenciado pela genética e podem ser aprendidos.

Em várias revisões feitas já foi possível observar várias situações que causam episódios de agressividade. Leite (1987) citou algumas delas como sendo a estimulação aversiva, a punição ao comportamento agressivo, a aprendizagem por modelação, a dor e outros. Essas situações assim como a frustração são produtoras de energia negativa que seria o que levaria ao comportamento agressivo. A resposta agressiva deriva de várias coisas uma delas sendo a posição hierárquica ocupada pela instigação a agressão (MILLER et al, 1941).

Com esses episódios agressivos uma das formas de lidar com esses episódios seria o redirecionamento desta agressividade para que houvesse uma descarga de emocional para que diminuísse a energia negativa causada por uma das situações citadas acima. Quanto mais semelhante ao objeto disparador da energia agressiva for o novo alvo maiores são as suas chances de serem atacados. Com essa ideia seria possível pensar que isso diminuiria as ações agressivas porém estudos feitos e citados por Tedeschi e Felson (1994) mostram que essas descargas emocionais, conhecidas como reações catárticas fazem com que aumente essas ações agressivas.

Outra teoria existente é da Aprendizagem Social. Diferentemente do foi descrito acima, a teoria da Aprendizagem Social leva em conta o contexto em que o indivíduo está inserido e que, muitas vezes, pode ser uma influência. Bandura (1973) desenvolveu a teoria da aprendizagem observacional, a qual dizia que era possível haver aprendizagem apenas pela observação, o que se aplicaria também à agressão, ao ver seus pais, responsáveis, professores, a criança observaria e repetiria as ações dos mesmo, incluindo as agressivas.

Algumas teorias mais atuais como o cognitivismo neo-associacionista, usam de teorias antigas, como as que abordavam a frustração e tentam justificá-las com novas teorias, esta sendo os afetos negativos, que seria a relação que determinadas experiências podem causar no indivíduo, como barulhos altos, odores, temperaturas elevadas ou muito baixas, entre outros, para teorizar sobre a agressividade. Justificando que nem sempre a frustração gera a agressão, muito dependerá do caráter que essa frustração teria, aversivo ou não e como o indivíduo reagiria e ela.

Sendo assim existem duas categorias de agressividade para essa teoria, a agressão reativa ou afetiva que seria a reação agressiva inata do indivíduo que agredir aquilo que está causando o estímulo aversivo. A outra categoria é a

---

agressão instrumental, a qual não é uma reação mas sim um comportamento, que foi aprendido com o objetivo de evitar punições e ter recompensas.

Tanto a teoria Neo-associacionista quanto a Behaviorista, que tem uma base o Cognitivismo, citam o tema da frustração como um possível gerador do ato agressivo, fazendo assim um link com a teoria Freudiana que dizia que a agressividade é inata do homem, podemos dizer que a agressividade está ali, esperando situações estressoras para que tenha uma válvula de escape.

A teoria do modelo de Processamento de Informação ligada com o comportamento social quando citada é lembrada pelas décadas de 1950 e 1960. Teoria essa que discorria sobre como as informações do ambiente eram processadas por uma série de sistemas de processamento, como a atenção e a percepção. Porém nos dias atuais ela foi novamente resgatada para a explicação de comportamentos agressivos. Esse modelo foi proposto pelo autor Keneth Dodge (1986) no qual ele tentou associar o modo como as informações do contexto podem acabar sendo usadas no processo de interação.

Dodge e Newman viram resultados em suas pesquisas que crianças com um déficit no que era referente a interpretação de informações sociais eram mais agressivas.

Um outro autor que fala sobre o modelo de Processamento de Informação é Huesmann (1988), porém ele diferente de Dodge foca mais sua teoria na parte do aprendizado pela observação, assim como Bandura. Segundo a teoria de Huesmann haveria um script mental, com esse script mental ficaria meio que subentendido que determinadas situações poderiam ocorrer novamente e com isso a pessoa já saberia como se comportar. Posteriormente ele tentou unificar sua teoria com a Dodge (LIMA et al, 2000)

No modelo unificado, segundo Huesmann (1998) existiriam quatro partes, a primeira referente a percepção e interpretação do indivíduo frente à situações ambíguas, a segunda sobre a aquisição, permanência e recuperação dos scripts mentais para que haja o comportamento social, a terceira seria a avaliação sobre o uso deste script recuperado, caso avaliado de forma negativa poderia não ser usado e a quarta parte seria a interpretação que o indivíduo faria das respostas que o ambiente daria as suas ações, essa interpretação que atuaria junto da terceira parte para que seja decidido a permanência ou não do script mental, pois nem sempre o indivíduo irá justificar um ato agressivo que cometeu como uma resposta ao contexto analisado negativamente.

O Modelo Geral da Agressão, formulado em 2002 por Anderson e Bushman, sintetizou a Teoria da Aprendizagem Social, a Teoria Neo-associacionista e a Teoria da Interação Social (CAVALCANTI; PIMENTEL, 2016), criando uma construção teórica que explicasse a agressão. A teoria postula que o contato repetitivo com conteúdos violentos provoca o desenvolvimento de comportamentos e cognições agressivas. Entretanto, o comportamento violento depende de variáveis

---

situacionais e de personalidade para ocorrer (CORREIA, 2017). Assim, o comportamento agressivo ocorre quando fatores individuais interagem com fatores ambientais, de modo a possibilitar a ocorrência desse comportamento (FERREIRA, 2011). Segundo esse modelo, crianças que crescem em contato com crenças, atitudes, ambientes e modelos agressivos são mais propensas a apresentarem esse tipo de atitude (ANDERSON; GENTILE; BUCKLEY, 2007).

É possível observar que cada teoria explica a agressividade a partir de diferentes enfoques, como por exemplo, o enfoque intrapessoal na visão de Freud e o enfoque ambiental na visão da Teoria da Aprendizagem Social. Os focos diferentes não são excludentes entre si, mas sim oferecem uma diversidade de bases para a compreensão dos processos psíquicos envolvidos na agressividade.

#### **4. RELAÇÃO ENTRE AS TEORIAS PSICOLÓGICAS E OS EFEITOS DA VIOLÊNCIA DOS JOGOS DE VIDEOGAME**

A relação entre os jogos violentos e os atos agressivos sempre foi um assunto em pauta e muito polêmico, enquanto vários estudos apontam que não há uma relação outros vários apontam que sim existe esta relação. No decorrer deste capítulo nos propusemos a fazer uma relação das teorias psicológicas sobre esse tema.

Em um atual estudo realizado na Alemanha, os pesquisadores tiveram a conclusão da pesquisa de que os jogos não afetam os comportamentos agressivos dos jovens. Todos que participaram da pesquisa, no final ao responder o mesmo teste do início, antes de jogarem os jogos, violentos ou não, não mostraram alterações significativas dos níveis de agressão, outros quesitos como controle de impulso, ansiedade também não mostraram diferenças (KÜNH et al, 2019). Os pesquisadores ainda falaram que é necessário fazer outros testes com crianças pois estas parecem sofrer maior impressão. Essa conclusão pode ser compreendida na teoria do modelo de Processamento da Informação, onde uma das vertentes de Huesmann discorria sobre como um ação agressiva surgiria a partir de uma avaliação e interpretação do indivíduo.

Outra declaração sobre a não ligação dos jogos com a violência veio em recente incidente ocorrido no Brasil, o atentado na escola de Suzano, após tentarem justificar a causa de tal ato pelo uso de videogames o psiquiatra Diego Tavares (2019) disse que os videogames podem acabar sendo reflexos do estado emocional em que o adolescente se encontra, mas que eles não são o que irá causar tal comportamento. O psiquiatra justifica dizendo que o comportamento não irá surgir de uma hora pra outra, provavelmente o indivíduo já estaria apresentando comportamentos hostis, como humor irritável, impaciência e ódio, previamente.

O estudo de Barcellos, Nakata e Botura Junior (2018) aponta que o hiper-realismo dos gráficos aumenta a imersão do jogador, de modo que os efeitos

dos jogos violentos são intensificados. Quanto maior o realismo, mais forte será a identificação, o que fortalece o risco de uma confusão entre o real e o virtual e a transferência de comportamentos agressivos para realidade. Essa identificação também é evidente através do uso de avatares personalizados que, segundo Fischer, Kastenmüller e Greitemeyer (2010), colaboram para a intensificação da agressividade dos jogadores.

A colocação dos autores se aproxima da compreensão da Teoria de Processamento das informações. A identificação com o jogo e a imersão do jogador através do hiper-realismo permitem que o indivíduo esteja atento e concentrado ao conteúdo do videogame. Assim, torna-se possível a internalização das atitudes violentas e a formação de scripts mentais agressivos. Em situações futuras, que tenham alguma semelhança com o contexto do jogo, é provável que o indivíduo se comporte através desse script mental.

A incorporação das atitudes agressivas se torna ainda mais consistente perante a estimulação da agressão por meio de recompensas virtuais (BARCELLOS; NAKATA; BOTURA JUNIOR, 2018) e pela glorificação da violência dentro do jogo (FERREIRA et al, 2006). Isso se confirma pela Teoria da Aprendizagem Social. O jogador aprende o comportamento agressivo através da observação do mesmo no videogame. O que se sucede é a imitação desse comportamento e a obtenção de glória e recompensas virtuais, o que fortalece a aprendizagem dessas atitudes.

Mesmo com inúmeros estudos que enfatizam o lado negativo, há diversos autores que apontam que a violência dos videogames traz efeitos benéficos como sensação de relaxamento (SUZUKI et al, 2009), catarse (NAPOLI; GOMES, 2018) e descarga da agressividade (FERREIRA et al, 2006). Essa dinâmica pode ser compreendida através da Teoria Psicanalítica de Freud. A vida psíquica demanda, constantemente, uma vazão para os impulsos destrutivos que emanam da pulsão de morte. Porém, a realização indiscriminada de tais impulsos sempre entra em confronto com as proibições morais da realidade externa. O videogame se torna, nesse contexto, um meio que possibilita a vazão dessa agressividade sem que o indivíduo desobedeça as leis da sociedade.

A descarga da agressividade no virtual possibilita o exercício da pulsão de morte, o que alivia a tensão intrapsíquica e causa uma sensação de relaxamento. Essa vivência também possibilita a ocorrência da catarse e da elaboração de sentimentos inconscientes do jogador.

O impulso inicial seria acreditar que a catarse diminui a agressividade. Entretanto, Tedeschi e Felson (1941) afirmam que a catarse aumenta a ocorrência de comportamentos agressivos. Já a teoria do Processamento de Informações diz que a reação para tal experiência vivida dependeria da interpretação feita pelo indivíduo. Uma das quatro partes da teoria de Huesmann diz que a ação só será

---

tomada após ser avaliada no contexto e muitas vezes, se avaliada negativamente, ela não é feita.

A investigação de Gentile et al (2004) evidenciou a existência de uma relação entre a exposição a videogames violentos e a expressão de comportamentos agressivos em jovens, como lutas físicas e discussões com os professores. A partir do Modelo Geral de Agressão, os autores interpretam que a hostilidade, um traço da personalidade, é um mediador entre o comportamento agressivo e os efeitos dos videogames violentos. Ou seja, um indivíduo com maiores níveis de hostilidade possui maior propensão a apresentar comportamentos agressivos a partir do contato com jogos violentos. Logo, a expressão da agressão depende de fatores intrapessoais e variáveis ambientais, assim como postulado pela teoria supracitada.

A pesquisa de Engelhardt et al (2011) demonstrou que a exposição à violência dos videogames gera dessensibilização quanto a experiências reais de violência, conseqüentemente, aumentando a agressividade. No estudo ficaram evidentes os fatores individuais citados pelo Modelo Geral de Agressão. Alguns sujeitos do estudo, por estarem tão habituados a cenas violentas, não demonstraram reações neurais perante a exposição à violência, ou seja, estavam dessensibilizados. Logo, as diferenças individuais levam a conseqüências diferentes sobre o comportamento.

Apesar da sociedade atual ter uma primazia de imputar uma culpa onipotente aos videogames pelos atos violentos dos jovens, é preciso considerar os diversos âmbitos que cercam o jogador. A ampliação da compreensão sobre essa temática pode ocorrer através da diversidade das teorias psicológicas sobre a agressividade: a Teoria Psicanalítica e a Teoria do Processamento de Informações dão ênfase sobre a esfera intrapessoal; a Teoria da Aprendizagem Social concentra-se sobre as influências do ambiente; e o Modelo Geral de Agressão aponta a inter-relação entre os fatores pessoais e ambientais que determinam a ocorrência da agressividade.

Entende-se, portanto, que a agressividade não é causada por um fator só e que não é possível atribuir toda a culpa aos videogames violentos. É preciso ampliar o entendimento sobre o universo real e virtual nos quais o jogador está inserido e considerar a diversidade de variáveis que compõem a relação entre a agressividade e o indivíduo (ALVES; CARVALHO, 2011; NAPOLI; GOMES, 2017). Assim, é possível explorar os diversos fatores constituintes da vida do indivíduo que influem sobre o comportamento e analisar aquelas variáveis que possam desencadear a agressividade.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O presente trabalho teve como objetivo investigar a agressividade em adolescentes que fazem uso de videogames violentos a partir das visões das teorias psicológicas. Através da Psicanálise, da Teoria de Processamento de Informações, da Teoria de Aprendizagem Social e do Modelo Geral de Agressão foi possível compreender como cada visão teórica aborda a agressividade e analisar os fatores que influem sobre o comportamento agressivo. Percebe-se que as abordagens oferecem compreensões que podem se somar para que seja possível vislumbrar o assunto de forma ampla e não a partir de uma única causalidade.

Contudo, constatou-se que atualmente há poucos estudos que aplicam as teorias psicológicas sobre agressão aos videogames violentos, que buscam uma visão panorâmica sobre a problemática e que investigam os efeitos dos jogos sobre os adolescentes, uma vez que a maioria das pesquisas analisa estudantes universitários (STROPPA; GOMES; LOURENÇO, 2017). Isso abre a possibilidade para que os trabalhos futuros não só analisem os videogames violentos e seus efeitos sob as teorias psicológicas, mas também busquem explicações para a agressividade nas diversas esferas que compõem a vida do adolescente.

A investigação dos efeitos dos videogames violentos em adolescentes se tornou essencial na época atual, uma vez que houve o aumento da participação e do protagonismo dos jovens em atos violentos. Mesmo sem uma resposta definitiva para as controvérsias que especulam se os videogames violentos são essencialmente benéficos ou maléficos, é importante que haja a busca por um maior entendimento sobre o efeito dos mesmos nos jovens e sobre as variáveis que influenciam sobre o desenvolvimento da agressividade.

Os jogos são apenas ferramentas de entretenimento que podem tanto agravar vivências agressivas quanto servir de escape de tensões. Uma possível intervenção seria que os pais acompanhassem o uso de videogames dos filhos e os orientassem sobre os conteúdos dos jogos (ALVES; CARVALHO, 2011). Mesmo que a classificação indicativa de idade não tenha um caráter imperativo, ela indica conteúdos adequados e inadequados, o que pode direcionar os pais sobre os jogos de seus filhos.

Provavelmente, a melhor conduta seria atentar a todos os fatores que cercam os adolescentes e como isso interfere em seus comportamentos. Pelo fato da maioria dos videogames serem jogados dentro de casa, os pais caem no equívoco de pensarem que se o filho está dentro de casa e sem contato com eventos perigosos é sinônimo de segurança, é indicação de que está tudo bem (CAVALI; TREVISOL; VENDRAME, 2013). Isso os leva a se ausentarem do dever de prestar atenção aos diversos fatores constituintes da vida dos filhos e a culpabilizarem apenas o videogame por quaisquer desvios comportamentais. Porém, a violência não é fruto exclusivo da exposição aos videogames violentos, mas sim é multideterminada. Este pensamento leva à adoção de um novo questionamento que deveria ser exercido todos os dias: será que nossos jovens estão realmente bem?

---

Alguns modos de investigar essa questão podem ser: atentar-se a mudanças de atitudes nos jovens; observar a presença de comportamentos e pensamentos agressivos; analisar se os meios em que o adolescente convive oferecem vivências violentas; examinar a existência de estressores que afetam o funcionamento mental do jovem; e explorar o funcionamento das relações sociais que compõem a vida do sujeito. Em relação aos videogames pode-se investigar quais funções os jogos exercem na vida do jogador, como servir de escape ou descarga de sentimentos; observar o tempo de exposição; verificar como o jovem se relaciona com o jogo e seu conteúdo; e observar alterações comportamentais relacionadas ao uso dos jogos. Caso seja notada alguma problemática, é importante recorrer ao auxílio de profissionais em saúde mental para que sejam feitas orientações e intervenções.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Luciana; CARVALHO, Alysson Massote. Videogame: é do bem ou do mal? Como orientar pais. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 16, n. 2, p. 251-258, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v16n2/a08v16n2>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

ANDERSON, Craig; GENTILE, Douglas; BUCKLEY, Katherine. *Violent video game effects on children and adolescents: theory, research, and public policy*. New York: Oxford University Press, 2007. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/profile/Ivo\\_De\\_Sousa/post/What\\_are\\_the\\_protecting\\_factors\\_or\\_moderators\\_between\\_violent\\_video\\_game\\_playing\\_and\\_aggressive\\_behaviors/attachment/59d623f279197b8077982429/AS%3A309878332035072%401450892159225/download/Video.+Violent+video+game+effects+on+children.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Ivo_De_Sousa/post/What_are_the_protecting_factors_or_moderators_between_violent_video_game_playing_and_aggressive_behaviors/attachment/59d623f279197b8077982429/AS%3A309878332035072%401450892159225/download/Video.+Violent+video+game+effects+on+children.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2019.

BARBOZA, Eduardo Fernando; SILVA, Ana Carolina de Araújo. A evolução tecnológica dos jogos eletrônicos: do videogame para o newsgame. *5º Simpósio Internacional de Ciberjornalismo*, Campo Grande, 2014. Disponível em: <<http://www.ciberjor.ufms.br/ciberjor5/files/2014/07/eduardo.pdf>>. Acesso em: 09 abr. 2019. 16 p.

BARCELLOS, Ekaterina Emmanuil Inglesis; NAKATA, Milton Koji; BOTURA JUNIOR, Galdenoro. Efetividade e revés do hiper-realismo nos games. *Educação gráfica*, Sorocaba, v. 22, n. 1, p. 141-161, abr. 2018. Disponível em: <<https://www.sorocaba.unesp.br/Home/Graduacao/EngenhariadeControleeAutomacao/galdenoro1906/efetividade-e-reve769s-do-hiper.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

BATISTA, Mônica Lourdes Souza et al. Um estudo sobre a história dos jogos eletrônicos. *Revista Eletrônica da Faculdade Metodista Granbery*, Juiz de fora, 2007. Disponível em: <<http://re.granbery.edu.br/artigos/MjQ4.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2019. 24 p.

CAVALCANTI, Jaqueline Gomes; PIMENTEL, Carlos Eduardo. Personalidade e agressão: uma contribuição do Modelo Geral da Agressão. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 33, n.3, p. 443-451, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v33n3/0103-166X-estpsi-33-03-00443.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

CAVALI, Franciely da Silva; TREVISOL, Maria Teresa Ceron; VENDRAME, Thiago. Influência dos jogos eletrônicos e virtuais no comportamento social dos adolescentes. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 31, n. 72, p. 155-163, 2013. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/20467/19725>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

COMPORTE-SE PSICOLOGIA & ANÁLISE DO COMPORTAMENTO. *Agressividade: sujeitos agressivos ou circunstâncias que produzem agressão?*. Disponível em: <<https://www.comportese.com/2012/04/agressividade-sujeitos-agressivos-ou-circunstancias-que-produzem-agressao>>. Acesso em: 26 abr. 2019.

CORREIA, Joana Reis. *Exposição a meios de comunicação violentos e influência comportamental em crianças e adolescentes*. 2017, 47 f. (Mestrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2017. Disponível em: <<https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/82096/1/Trabalho%20FINAL%20JOANA.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

CRUDO, Ricardo de Lucca. *Advanced lessons & dragons: aspectos benéficos do RPG, MUD e jogos computacionais*. 2001, 64 f. (monografia). Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá, 2001. Disponível em <<https://docplayer.com.br/8857931-Ricardo-de-lucca-crudo-advanced-lessons-dragons-aspectos-beneficos-do-rpg-mud-e-jogos-computacionais.html>>. Acesso em: 31 mar. 2019.

DUARTE, Francisco José Alves. *O preço da arte: discursos da medicina, jornais e gamers sobre videogames*. 2011, 112 f. (tese de mestrado em antropologia médica). Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011. Disponível em: <<https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/30939/1/FranciscoDuarteTese2011.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2019.

ENGELHARDT, Christopher et al. This is your brain on violent videogames: neural desensitization to violence predicts increased aggression following violent videogame exposure. *Journal of Experimental Social Psychology*, [S.l.], v.47, n.5, p. 1033-1036, 2011. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/241071373\\_This\\_is\\_your\\_brain\\_on\\_violent\\_video\\_games\\_Neural\\_desensitization\\_to\\_violence\\_predicts\\_increased\\_aggression\\_following\\_violent\\_video\\_game\\_exposure](https://www.researchgate.net/publication/241071373_This_is_your_brain_on_violent_video_games_Neural_desensitization_to_violence_predicts_increased_aggression_following_violent_video_game_exposure)>. Acesso em: 25 abr. 2019.

FERRARI, Ilka Franco. *Agressividade e violência*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pc/v18n2/a05v18n2.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2019.



---

FERREIRA, Ana Sofia Machado Alves. *O papel da personalidade no comportamento agressivo: da teoria à avaliação*. 2011, 136 f. (Mestrado em Psicologia). Universidade de Lisboa, Lisboa, 2011. Disponível em: <[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5099/1/ulfpie039688\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5099/1/ulfpie039688_tm.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2019.

FERREIRA, Emmanoel. Realismo estético e videogames: relações entre representação e experiência na atividade videolúdica. *Prisma.com*, n. 10, p.112-123, 2009. Edição especial. Disponível em: <<https://pentaho.letras.up.pt/index.php/prismacom/article/view/2043/3039>>. Acesso em: 08 abr. 2019.

FERREIRA, Patrícia Arriaga et al. Jogos de computador violentos e seus efeitos na hostilidade, ansiedade e activação fisiológica. *Revista Lusófona de Ciências da Mente e do Comportamento*, Lisboa, p. 193-210, 2006. Disponível em: <<http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/296/Patr%C3%83%C2%ADciaFerreiraeMariacarneiro.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 28 abr. 2019.

FISCHER, Peter; KASTENMÜLLER, Andreas; GREITEMEYER, Tobias. Media violence and the self: the impact of personalized gaming characters in aggressive videogames on aggressive behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, [S.l.], v.46, n.1, p. 192-195, 2010. Disponível em: <[http://img1.wikia.nocookie.net/\\_\\_cb20131108051016/the-kings-hand/images/a/ac/1-s2.0-S0022103109001395-main.pdf](http://img1.wikia.nocookie.net/__cb20131108051016/the-kings-hand/images/a/ac/1-s2.0-S0022103109001395-main.pdf)>. Acesso em: 25 abr. 2019.

FORMIGA, Nilton Soares et al. Comportamento agressivo e busca de sensação em jovens. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 25, n.50, p. 289-302, set. 2007. Disponível em: <<https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/viewFile/20067/19349>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

GENTILE, Douglas et al. The effects of violent video game habits on adolescent hostility, aggressive behaviors, and school performance. *International journal of adolescence and youth*, [S.l.], v. 27, n. 1, p. 5-22, 2004. Disponível em: <[https://drdouglass.org/drdpdfs/Gentile\\_Lynch\\_Linder\\_Walsh\\_2004.pdf](https://drdouglass.org/drdpdfs/Gentile_Lynch_Linder_Walsh_2004.pdf)>. Acesso em: 28 abr. 2019.

IVARSSON, Malena. *Psycho-physiological reactions to violent video gaming: experimental studies of heart rate variability, cortisol, sleep and emotional reactions in teenage boys*. 2014, 84 f. (tese de doutorado em psicologia). Stockholm University, Stockholm, 2014. Disponível em: <<http://su.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A711918&dswid=3568>>. Acesso em: 21 abr. 2019.

KRISTENSENI, C. H. et al. *Fatores etiológicos da agressão física: uma revisão teórica*. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-294x2003000100020&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-294x2003000100020&script=sci_arttext)>. Acesso em: 18 abr. 2019.

KÜHN, S. et al. *Does playing violent video games cause aggression? a longitudinal intervention study*. mar. 2018. Disponível em: <<https://www.nature.com/articles/s41380-018-0031-7>>. Acesso em: 22 abr. 2019.

LUGARINHO, Leonardo Planel; AVANCI, Joviana Quintes; PINTO, Liana Wernersbach. Perspectivas dos estudos sobre violência na adolescência e cortisol: revisão bibliográfica. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p. 1321-1332, abr. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401321&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401321&script=sci_arttext)>. Acesso em: 21 abr 2019.

MARKEY, Patrick; FERGUSON, Christopher. *Moral Combat*. Dallas: BenBella, 2017. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&id=EaD\\_DQAAQBAJ&q=combat#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&id=EaD_DQAAQBAJ&q=combat#v=onepage&q&f=false)>. Acesso em: 15 abr. 2019.

NAPOLI, Fabricio Daniel de; GOMES, Francielle Gonzalez Correia. Jogos virtuais e influências no psiquismo humano. *Revista UNINGÁ Review*, [S.l.], v. 29, n.1, p. 196-203, jan. 2018. Disponível em: <<http://revista.uninga.br/index.php/uningareviews/article/view/1908/1505>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

NEWMAN, James. *Videogames*. Londres: Routledge, 2004. Disponível em: <[https://books.google.com.br/books?redir\\_esc=y&hl=pt-BR&id=\\_r3DyYoo2NQC&q=historia#v=onepage&q=historia&f=false](https://books.google.com.br/books?redir_esc=y&hl=pt-BR&id=_r3DyYoo2NQC&q=historia#v=onepage&q=historia&f=false)>. Acesso em: 31 mar. 2019.

PEREIRA, Gabriela Slompo et al. Jogos para promover o empreendedorismo em novas gerações: o case do “Mente Empreendedora”. *Congresso Nacional de Inovação e Tecnologia*, São Bento do Sul, 10 p., set. 2018. Disponível em: <<http://www.inova.ceplan.udesc.br/index.php/inova/article/view/114/53>>. Acesso em: 13 abr. 2019.

RATIO ET VITA EM DEFESA DO DIREITO NATURAL E DA DIGNIDADE HUMANA. *Teorias da agressão*. Disponível em: <<https://ratioetvita.blogspot.com/2016/03/teorias-sobre-agressao.html>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

RIBEIRO, Maria Da Conceição Osório; , Ana Isabel Sani. Modelos Explicativos Da Agressão: Revisão teórica. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, Fernando Pessoa, n. 6, p. 96-104, 200./abr. 2019. Disponível em: <[https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1318/1/96-104\\_%20FCHS06-13.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1318/1/96-104_%20FCHS06-13.pdf)>. Acesso em: 18 abr. 2019.

R7. *Videogame violento não causa agressividade, diz psiquiatra*. Disponível em: <<https://noticias.r7.com/saude/videogame-violento-nao-causa-agressividade-diz-psiquiatra-13032019?amp>>. Acesso em: 29 abr. 2019.

SANTOS, Esther Sampaio; SANTOS, Rogério Fernandes; RIBEIRO, Máyra. Jogando com as máquinas: relação entre videogames violentos e cognições

---

agressivas. *Psicologia e Saber Social*, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 246-264, dez. 2015. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/16416/14434>>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SARMETI, Mauricio Miranda; PILATI, Ronaldo. Efeito dos jogos digitais no comportamento: análise do General Learning Model. *Temas em Psicologia*, Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p. 17-31, 2016. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2016000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 09 abr. 2019.

SOARES, Isabela. *A realidade virtual na humanidade atual*. 2015, 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (bacharelado em Educação Física) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, Rio Claro, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/131757/000853470.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 27 abr. 2019.

SOUZA, Ricardo Vinicius Ferraz de. *Tradução e videogames: uma perspectiva histórico-descritiva da localização de games no Brasil*. 2015, 395 f. (tese de mestrado em Letras). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <[http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8160/tde-03122015-131933/publico/2015\\_RicardoViniciusFerrazDeSouza\\_VCorr.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8160/tde-03122015-131933/publico/2015_RicardoViniciusFerrazDeSouza_VCorr.pdf)>. Acesso em: 31 mar. 2019.

STROPPIA, Thiago Virgílio da Silva; GOMES, Daniel Alexandre Gouvêa; LOURENÇO, Lelio Moura. Vídeo-games violentos e a violência/agressividade do jogador: uma revisão sistemática de literatura. *Psicologia em revista*, Belo Horizonte, v.23, n.3, p. 2012-1033, dez. 2017. Disponível em: <<http://200.229.32.55/index.php/psicologiaemrevista/article/view/8413/13701>>. Acesso em: 12 abr. 2019.

SUZUKI, Fernanda Tomie Icassati et al. O uso de videogames, jogos de computador e internet por uma amostra de universitários da Universidade de São Paulo. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, Rio de Janeiro, v.58, n.3, p. 162-168, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0047-20852009000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852009000300004)>. Acesso em: 13 abr. 2019.

VASCONCELLOS, Silvio José Lemos; PICON, Patrícia; GAUER, Gabriel José Chittó. *A modelagem dos comportamentos agressivos e as ciências cognitivas*. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a05v22n2.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

---

## **VISITA DOMICILIAR: Um olhar integrado sobre a puérpera e seu contexto familiar**

Luana Farid Guimarães de Castro  
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF  
luanafarid@hotmail.com

Meiriane Souza do Carmo Tavares  
Graduanda em Medicina – Uni-FACEF  
meirianetavares@yahoo.com.br

Renata David  
Docente – Uni-FACEF  
renatadavid@facef.br

### **1. INTRODUÇÃO**

O conhecimento da comunidade, população, famílias e pessoas se faz necessário na abordagem dos processos saúde-doença, visto que é preciso analisar um todo a fim de compreender o particular, sendo que fatores ambientais, bem como familiares estão envolvidos nesses processos.

Sendo assim, a visita domiciliar é uma ferramenta da Atenção Básica na qual algumas das funções consiste em permitir a aproximação da equipe profissional com as pessoas da área adstrita pela unidade, contribuir para a criação de vínculos e detectar precocemente os problemas de saúde, comportamentais e emocionais possibilitando ação precoce na promoção e prevenção de saúde. Dessa forma, entende-se que a visita domiciliar é um instrumento fundamental na educação em saúde.

O objetivo da equipe estende-se muito além de verificar processos de morbidade, mas também visa analisar a família/pessoa como um fator dentro da extensa variedade situacional que as circunda.

Diante do exposto, o presente trabalho teve como foco a realização da visita domiciliar à puérpera do bairro City Petrópolis em Franca SP, com o intuito de identificar fatores de risco, criar vínculos, conhecer o arranjo familiar e social, a recuperação do parto, adaptação à criação da criança, dentre outros, com enfoque na abordagem dos sentimentos e opiniões da mesma acerca dos assuntos explorados.

### **2. PLANEJAMENTO DA VISITA DOMICILIAR**

A visita domiciliar na atenção básica é de suma importância na promoção e prevenção de saúde. O cuidado vai muito além do contato entre profissional e paciente, abrangendo a percepção global da situação da pessoa para

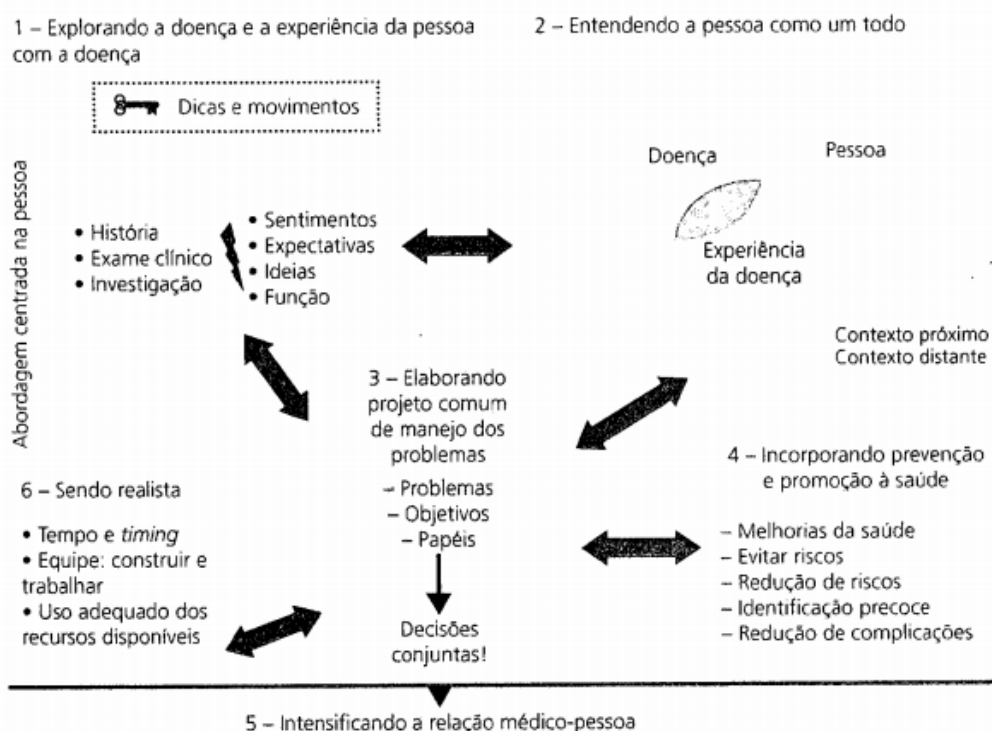
com o ambiente, as relações familiares e comunitárias, riscos inerentes à saúde, processo saúde-doença, visão da pessoa quanto à sua própria situação e aconselhamento profissional, bem como o acompanhamento e orientação pela equipe.

A atenção dispensada pelas equipes de saúde deve ser estruturada e embasada em estratégias para oferecer um contingente maior de cuidados à pessoa, família ou comunidade assistida.

De acordo com o Caderno de Atenção Domiciliar, a atenção básica começa pelo acolhimento. Este caracteriza-se pela inclusão das pessoas/comunidade nos serviços de saúde. Isso se dá não somente pela busca ativa na área adstrita pelo profissional na busca de criação de vínculos, mas também pela organização das visitas, encaminhamentos a serviços não oferecidos na área de cobertura, bem como colocar em prática os princípios do SUS abrangendo o máximo possível de pessoas.

As visitas domiciliares devem ser pautadas no método clínico centrado na pessoa, o qual possui seis componentes e temas a serem abordados: explorar a doença e a experiência da pessoa em estar doente; entender a pessoa como um todo; elaborar um projeto comum ao médico e à pessoa para manejar os problemas; incorporar prevenção e promoção da saúde; intensificar a relação médico-pessoa; ser realista.

**Figura 1: A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde**



Fonte: A, CCLF&GME.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) do Bairro City Petrópolis, situada em Franca - SP, é constituída por uma equipe multidisciplinar a contar com médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários e recepcionista. A unidade abrange cinco microáreas, sendo que quatro são cobertas pelos Agentes Comunitários da Saúde (ACS) e uma atualmente está sem cobertura.

No mês de setembro de 2018, realizaram-se visitas domiciliares, nas quais tiveram a participação dos alunos do segundo ano do curso de Medicina do Uni-FACEF juntamente aos ACS. O objetivo maior dessas visitas se deu na identificação de puérperas e sua situação social, emocional, pessoal, riscos, bem como oferecer aconselhamento e orientação, e promover o acompanhamento longitudinal, das mesmas.

Para efetivar-se uma visita domiciliar, é necessário primeiramente organizar e planejar a mesma a fim de melhor colher as informações, de forma estruturada e concisa. Para isso, a equipe realizou um planejamento prévio e elencou pontos-chaves a serem pesquisados, como está demonstrado na tabela 1, abaixo:

**Tabela 1: Planejamento das visitas domiciliares**

<b>Visita domiciliar IESC – Planejamento</b>	
Participantes: Luana Farid, Meiriane Tavares, Renata David, ACS.	
Condição da paciente: Puérpera	
Paciente: A.Y.B.G	
Endereço: José Liboni, City Petrópolis	
sobre:	<p>Objetivos da visita: Identificar os parâmetros e apontar necessidades</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Dados da paciente/condição geral/condição do pós- parto</li> <li>2- Vínculos familiares</li> <li>3- Condições de higiene</li> <li>4- Situação sócio econômica</li> <li>5- Autonomia para com os cuidados com a criança e casa</li> <li>6- Amamentação</li> <li>7- Medicamentos em uso</li> <li>8- Situação de risco</li> <li>9- Análise da criança</li> <li>10- Aconselhamento</li> </ol>

Visita 04/09/2018	Visita 18/09/2018
<p>1- Puérpera realizou parto normal há aproximadamente 1 mês, recupera-se bem. Apresentava boa aparência, normocorada, hidratada. Acompanhante relatou que poucos meses antes dessa última gestação, abortou de forma espontânea. Foi orientada pela equipe da ESF, a esperar o tempo necessário para uma nova gestação, mas engravidou dois meses após o aborto.</p>	<p>Visita não realizada porque a paciente não estava em casa, apesar do contato prévio efetuado pela Agente Comunitária, responsável pela microárea onde mora a paciente.</p>
<p>2- Mora com o pai da criança, não são oficialmente casados, totalizando 3 moradores na casa. Não forneceu dados sobre demais familiares.</p>	
<p>3- A casa e o entorno apresentam-se limpos. O quarto organizado, as coisas da criança apresentam-se limpas e organizadas, assim como a própria criança.</p>	
<p>4- A puérpera não trabalha. O marido não informou sua atividade, mas relatou que trabalha. Porém no momento da visita estava presente. Moram em casa alugada.</p>	
<p>5- Os trabalhos da casa são realizados pelo casal. Na recuperação do parto, o marido assumiu as responsabilidades.</p>	
<p>6- A puérpera está em amamentação exclusiva e em livre demanda.</p>	
<p>7- Não informado</p>	
<p>8- Tempo de exposição da criança ao sol (motivo: icterícia); alimentação irregular pelo período de amamentação (a puérpera relata comer pouco e com refeições espaçadas); nenhum método contraceptivo sendo usado pela puérpera.</p>	

<p>9- Foram realizados o teste dos reflexos onde todos se apresentaram reativos (dentro da normalidade). A criança apresenta bom desenvolvimento, pega adequada da mama e bom estado geral.</p>	
<p>10- Aconselhamos sobre alimentação adequada da mãe; cuidados com a criança quanto a regularidade de banhos de sol; orientamos o pai sobre a alimentação futura da criança; incentivamos a amamentação e planejamento familiar.</p>	
<p>Conduta pós visita: ao chegar-se à ESF, discutiu-se o caso entre os ACS e alunos. Os ACS informaram que o casal apresentava problemas supostamente mentais, onde a mulher já havia perdido a guarda do primeiro filho, que atualmente mora com o pai (antigo companheiro). Segundo as ACS, a mãe da paciente deseja retirar a guarda da criança atual, (ou seja, não possuem bom relacionamento) o que gera insegurança e medo na paciente, a ponto de não receber pessoas em sua casa. Para realizar-se a visita, foi trabalhoso e difícil o convencimento da puérpera. Um motivo facilitador foi o marido estar presente, pois sem a presença do mesmo, ela não recebe visitas.</p>	

Fonte: Elaborado pelos autores, 2019.

O planejamento de acordo com Cunha e Gama deve ser realizado antecipadamente, embasando-se nas informações inerentes à família/pessoa ofertados pelo cadastro da mesma, bem como por conhecimento da comunidade passados à equipe de maneira informal, mas que revele um fator de risco.

Na visita da equipe ESF City Petrópolis, elencou-se alguns fatores de risco: a paciente é puérpera, possui histórico de problemas com a saúde mental, o planejamento familiar não é realizado com a família e informações de que a paciente seria incapaz de cuidar da criança.

### 3. PRONTUÁRIO DA PACIENTE COM LISTA PRINCIPAL DE PROBLEMAS

Abaixo segue a lista dos principais problemas elencados na entrevista (Tabela 2):

#### **Tabela 2: Lista dos principais problemas elencados**



<b>Lista de problemas/necessidades</b>		
<b>Descrição</b>	<b>Data de identificação</b>	<b>Data de solução</b>
Aborto espontâneo poucos meses antes do parto	04/09/2018	13/11/2018
Relação conjugal sem oficialização	04/09/2018	13/11/2018
Trabalho do acompanhante é informal	04/09/2018	13/11/2018
Moradia em casa alugada		13/11/2018
Tempo exagerado de exposição da criança ao sol	04/09/2018	04/09/2018
Icterícia da criança	04/09/2018	18/09/2018
Alimentação materna	04/09/2018	13/11/2018
<b>Medicação em uso</b>	<b>Posologia</b>	<b>Observações</b>
Carbamazepina, 200 mg	Não relatado	Não detalhou o uso do medicamento
Haloperidol (dose usual de 5mg)	Não relatado	Não detalhou o uso do medicamento

Fonte: Autores (2019).

#### **4. COLETA DE DADOS**

##### **4.1 Dados gerais**

Segue abaixo os dados gerais coletados na visita domiciliar.

Identificação: A.Y.B.G, 22 anos, casada, dona de casa.

---

Data: 04/09/2018

Motivo de atendimento:

A equipe (ACS e alunos), realizou a primeira visita à puérpera. Nesta, utilizou-se o planejamento citado. No ato da visita preencheu-se um prontuário, no qual consta: cadastro familiar com integrantes da família, dados do domicílio; ficha de atendimento individual, com dados subjetivos e objetivos; lista dos principais problemas e avaliação; plano dos cuidados e ficha de acompanhamento. O motivo proposto se deu no acompanhamento da situação puerperal da mesma.

O instrumento utilizado para o registro das informações baseou-se no ReSOAP. De acordo com Gusso e Lopes, o ReSOAP é definido como um registro de saúde orientado por problemas que permite a obtenção rápida de informação e compreensão dos problemas de saúde mais relevantes. O objetivo da ferramenta, além do registro de dados, é permitir análise, comparações, realização de prognósticos das alterações clínicas, emocionais e comportamentais. A partir do qual é possível efetuar uma análise e elaborar um plano de ação visando a resolução dos problemas elencados.

Portanto, trata-se de uma ferramenta que reúne tópicos essenciais a se explorar a fim de melhor orientar a equipe na análise dos dados bem como na tomada de decisão. Além de ser possível o registro de dados subjetivos, ou seja, o que é relatado pelo paciente, assim como dados objetivos, que consistem nas informações coletadas ao se realizar a entrevista e exame físico.

#### **4.2. Dados subjetivos**

A puérpera durante as entrevistas relatou sobre a recuperação do parto, destacando que o mesmo ocorreu sem intercorrências. A mesma questionou sobre cuidados com a icterícia neonatal e alimentação do recém-nascido.

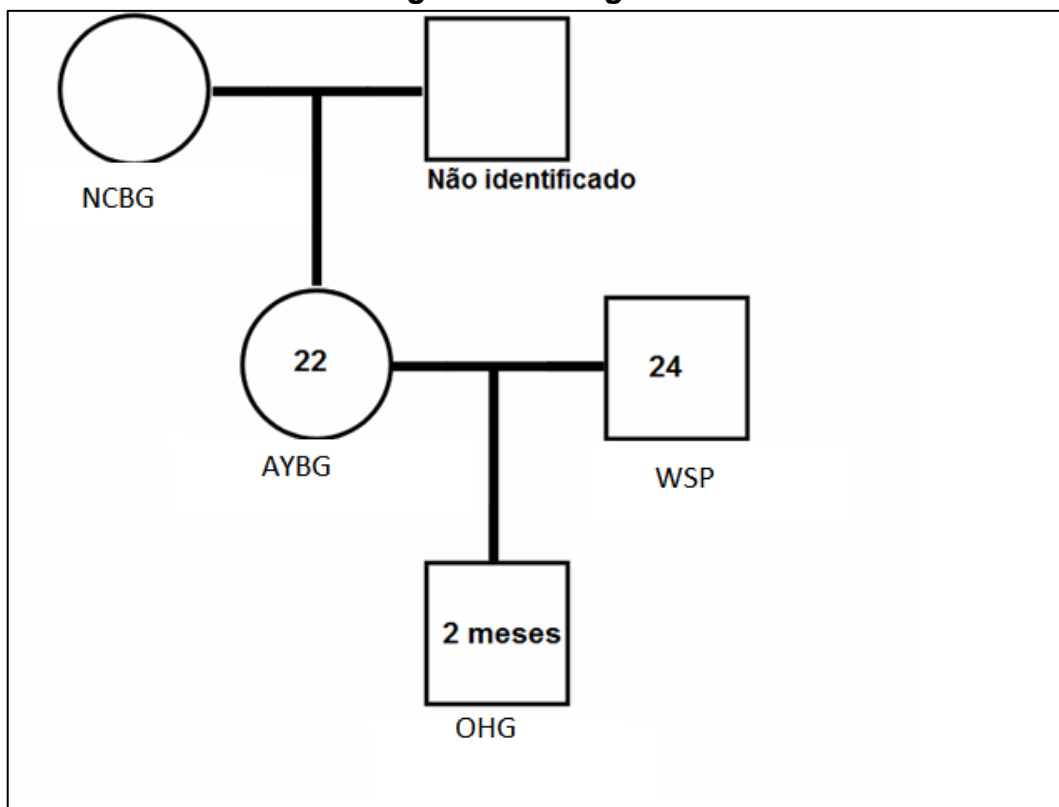
O marido relatou à equipe que a mulher sofreu um aborto espontâneo poucos meses antes da gestação. Revelou que ela não estava se alimentando adequadamente e por isso sentia tonturas, fraqueza com muita frequência.

A paciente não relatou uso de medicamentos, porém em seu prontuário constava uso regular de Carbamazepina e Haloperidol. Relatou não fazer uso de álcool, tabaco ou outras drogas ilícitas, negou a prática de atividade física regular, destacando que sua alimentação estava inadequada, pois só estava alimentando-se à base de sopa e líquidos.

Também, relatou que é mãe de outro filho, o qual havia perdido a guarda para o antigo companheiro.

Segue abaixo o genograma da puérpera, demonstrando as pessoas que fazem parte da estrutura familiar (Figura 2).

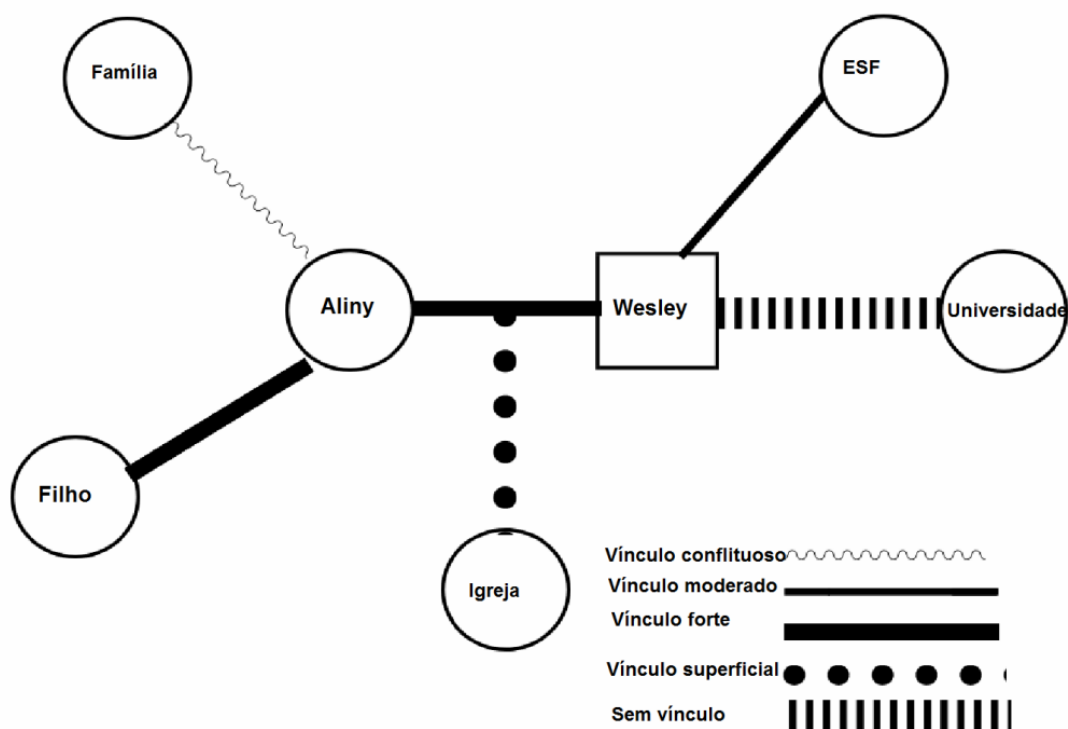
**Figura 2: Genograma**



Fonte: Autores (2019).

O ecomapa demonstra o tipo de vínculo estabelecido com os componentes familiares (Figura 3).

**Figura 3: Ecomapa**



Fonte: Autores (2019).

### 4.3. Dados objetivos

O casal demonstrou-se receptivo e interessado nas informações acerca dos cuidados para com a criança.

Na visita constatou-se que a família estava bem, a paciente estava amamentando em livre demanda, o ambiente estava limpo e organizado e a criança apresentava boas condições.

Ao exame físico, paciente apresentava estado geral regular, orientada quanto ao tempo e espaço, postura ativa, biótipo normolíneo, fácies atípica, normocorada, anictérica e acianótica, hidratada, sem presença de lesões elementares, pêlos distribuídos normalmente, coloração e brilhos adequados, unhas com implantação normal e sem presença de edema. No momento da visita observou-se que a paciente possuía certo grau de confusão mental e dificuldade para se comunicar de forma adequada.

---

Os sinais vitais e dados antropométricos não foram coletados, pois esses dados seriam coletados na segunda visita, que como já mencionado não ocorreu.

Os registros da paciente nos prontuários do ACS constam informações de bom estado de saúde e acompanhamento regular com ginecologista na UBS de referência.

Durante a gravidez, foram realizadas três visitas pelo ACS e em todas a paciente estava bem.

O parto aconteceu no dia 18/08/2018, tendo ocorrido tudo dentro da normalidade e estando a paciente, criança e marido em bom estado, conforme registrado pelo ACS em sua última visita.

Na análise do cartão da gestante identificou-se o cumprimento de todas consultas pré-natal, vacinação completa, sem registro de intercorrências.

Na análise dos dados do recém-nascido, constatou-se as condições de nascimento: peso de 3.545g, 49 cm, PC 35 cm, triagem auditiva normal, dentre outros dados nos quais todas as informações apontaram para um bom estado de saúde.

#### **4.4. Avaliação**

Diante do exposto, identificou-se alguns fatores de risco que devem ser acompanhados pela equipe.

O suposto problema mental que o casal possui, deve ser averiguado, bem como o tratamento/cuidado ofertado à criança.

Nota-se que falta orientação sobre assuntos básicos que podem auxiliar na melhor recuperação da puérpera e na manutenção da amamentação, como por exemplo, a alimentação materna.

Percebe-se uma insegurança por parte da puérpera, um medo de que alguém possa tirar a guarda da criança, assim como fizeram com o outro filho. Essa insegurança é tamanha que sem a presença do companheiro, a puérpera não recebe nenhum tipo de visita.

Outro aspecto importante é o fato de o casal não fazer uso de nenhum método contraceptivo. Além de uma possível nova gestação, fato considerado de risco devido ao histórico obstétrico da puérpera, outro ponto a destacar é a possibilidade de a mesma contrair doenças sexualmente transmissíveis, o que pode ser prejudicial para ela e para a criança devido à amamentação.

---

As ACS relataram que o marido da paciente faz uso regular de substâncias alcoólicas. Ademais, percebeu-se que a puérpera apresentava certo grau de dificuldade para desenvolver e articular a fala.

#### **4.5 Prioridades**

As prioridades para o exposto consistem em voltar à atenção para problemas mais concretos, como o cuidado com o recém-nascido, diante de situações como possível distúrbio mental, vulnerabilidade por conta de consumo alcoólico por parte do pai e planejamento familiar.

#### **4.6 Potencialidades**

Durante a visita domiciliar, apesar de evidenciar-se alguns problemas, pode-se notar que o cuidado com o recém-nascido está sendo feito de forma adequada e os pais se mostram dispostos e abertos para ajuda, visto que estavam apreensivos e curiosos sobre a alimentação do bebê e da puérpera, técnicas corretas de amamentação, possíveis doenças que poderiam acometer a criança, dentre outros.

O ambiente encontrava-se limpo, organizado. A criança estava higienizada.

Apesar de pouco tempo de amamentação, já havia se estabelecido um adequado manejo entre criança e a mãe. Ou seja, a pega estava adequada, a oferta estava sendo em livre demanda e a puérpera não tinha nenhum sinal e nem sintoma de ingurgitamento mamário e/ou inflamação.

#### **4.7 Planos de cuidados**

De acordo com os dados abordados, faz-se necessário o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, a fim de melhor averiguar a real existência dos problemas mentais, bem como um diagnóstico mais preciso dos mesmos.

De acordo com esse trabalho multidisciplinar, destaca-se orientações acerca de alimentação balanceada para a puérpera, assim como o auxílio para a montagem de um cardápio adequado e acessível.

---

Outro fato a se elencar é o processo de educação/informação quanto aos cuidados da criança, incentivando a amamentação, expondo as idades corretas para a introdução de novos alimentos, detalhando quais são permitidos, a melhor forma de preparo e administração.

É suma importância a abordagem de informações sobre o desenvolvimento da criança, as características marcantes de cada idade, o incentivo da presença materna e paterna no processo de crescimento e desenvolvimento, bem como as atividades que podem executar para estimular a criança.

Nas visitas domiciliares e na ESF, ocorrendo de modo regular e padronizado, enfoca-se a avaliação do crescimento adequado do recém-nascido e os cuidados com o mesmo, o controle do seu peso, altura e IMC, além de exame neuropsicomotor, envolvendo teste dos reflexos primitivos, medida do perímetro cefálico, dentre outros.

O trabalho da equipe se dá também no aconselhamento da mudança no estilo de vida, no sentido de evitar o consumo de drogas e álcool, elencando os riscos e malefícios, além de terapias complementares com a própria unidade básica de saúde, a fim de fornecer um atendimento médico voltado para os problemas encontrados.

Aos alunos cabe a responsabilidade de orientar a puérpera quanto a todos os métodos contraceptivos disponíveis, a maneira de uso, os pontos positivos e negativos de cada e mostrarão a importância do planejamento familiar e os riscos que ela corre ao enfrentar uma nova gravidez diante do histórico obstétrico.

Quanto às dúvidas levantadas pelos entrevistados durante a visita, pode-se oferecer panfletos sobre cuidados simples e possíveis complicações, além de sempre orientar a dúvidas que possam surgir. Para melhor resolução dos problemas envolvidos, a equipe multidisciplinar da ESF pode ser orientada pelos alunos para o melhor acompanhamento da família.

#### **4.8 Metas**

- Melhoria do vínculo com a puérpera e família;
- Instrução dos ACS quanto ao acompanhamento/ações rotineiras para com a família;
- Acompanhamento semanal, com preenchimento do formulário e priorizar condutas específicas de acordo com a demanda da visita anterior;
- Planejamento da dieta para a puérpera;
- Elaboração de material sobre cuidados com a criança;
- Solicitação de visita domiciliar pelo médico da ESF para melhor interação do caso e efetuar possível encaminhamento.

#### **4.9 Divisão de responsabilidades**

Aos alunos cabe a responsabilidade pela instrução dos ACS, planejamento da dieta e elaboração do material sobre cuidados com a criança.

A melhoria do vínculo deve-se a uma ação conjunta dos ACS e alunos. Sempre que possível o preenchimento do formulário pode ser realizado pelos alunos, após cada visita. Quando não possível os dados devem ser coletados das anotações dos ACS.

A solicitação da visita domiciliar pelo médico deve ser requisitada e possivelmente agendada pelos ACS.

#### **4.10 Monitoramento e reavaliação**

Após o elucidado, não foi possível uma nova visita à puérpera. Contudo, posteriormente, a Agente Comunitária da Saúde (ACS) da Estratégia de Saúde da Família (ESF) identificou que após um tempo realizou-se outra visita e constatou-se que a mesma havia emagrecido muito, porém, o bebê estava tendo cuidados adequados e havia tomado a vacina de 2 meses. Diante do exposto, se faz necessário reavaliação da alimentação da puérpera, observar o que lhe está causando esse emagrecimento, além de seguir e acompanhar os problemas identificados realizando visitas domiciliares periodicamente.

### **5. Considerações finais**

Diante do trabalho exposto conclui-se a necessidade do conhecimento detalhado da família e de cada integrante, a fim de otimizar a atenção dedicada pela equipe profissional.

A visita domiciliar destaca-se como principal ferramenta para a concretização desse conhecimento, pois através dela é possível criar vínculo e aproximar de forma mais dinâmica a equipe da realidade familiar/pessoal. Através do planejamento da visita é possível elencar prioridades, dirigir a entrevista de forma dinâmica, com o objetivo de explorar todos os itens pertinentes e necessários.

O uso de ferramentas, como o método clínico centrado na pessoa e os formulários do ReSOAP, além de complementar o previsto no planejamento, permite que o profissional explore aspectos objetivos e subjetivos de maneira proativa e eficiente, focando na pessoa e elencando pontos chaves de maior urgência a serem solucionados.



---

Diante do caso abordado, verifica-se que o acompanhamento da puérpera, bem como de sua família como um todo, é importante para sanar os fatores de risco elencados.

## REFERÊNCIAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Domiciliar**. [S. l.: s. n.], 2013.

LOPES, JMC. **Tratado de Medicina da Família e Da Comunidade**. [S. l.: s. n.], 2018.

A, CCLF&GME. **A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde**. [S. l.: s. n.], 2012.

---

## **VIVÊNCIA: A atuação do Serviço Social na Penitenciária Feminina da Capital**

Naiara Diniz da Mota  
Graduanda em Serviço Social – UFTM  
naiaradinizdm@gmail.com

Sandy Gerolin Mota Araujo  
Graduanda em Serviço Social – UFTM  
sandygerolin\_ma@hotmail.com

Isabella Monteiro da Fonseca  
Graduanda em Serviço Social- UFTM  
monteiroisabellaf@gmail.com

Isadora de Castro Aguiar  
Graduanda em Serviço Social- UFTM  
isinhacag@gmail.com

Aldovano Dantas Barbosa  
Doutor em Serviço Social - UFTM  
professoraldovano@yahoo.com.br

### **1. INTRODUÇÃO**

O serviço social foi criado com o intuito de amenizar as expressões da questão social, sendo implantado pelo Estado burguês juntamente com a igreja católica tendo como objetivo principal silenciar a luta de classes que surge no antagonismo entre burguesia e proletariado.

No Brasil a profissão surge com o amadurecimento do capitalismo, que foi trazido no início da era Vargas em 1930, responsável por transformar a economia agroexportadora em urbano industrial de importação. Logo no começo do sistema capitalista, a economia passa a crescer e a população também, fazendo com que surjam as expressões da questão social: a miséria, a pobreza, a fome, o desemprego e a violência. Surge a necessidade de um profissional apto para amenizar as desigualdades sociais a fim de barrar as revoltas da classe trabalhadora em busca de direitos.

O Estado vê na assistência social uma forma de manter o desenvolvimento do capitalismo que estava despontando, e amenizar todas as mazelas que resultam nele. Inicia-se no Brasil o serviço social, uma profissão ligada ao assistencialismo, composta majoritariamente por mulheres – descritas como moças íntegras, devotas, altruístas, calmas, de trato fácil – ligado às práticas religiosas da igreja católica, prestando assistência aos pobres, sendo extremamente filantrópico e voluntarista.

---

O Estado enfim entende que é necessário desenvolver escolas para a formação das mulheres que exerciam a assistência social. Então em 1936 é fundada a escola de serviço social em São Paulo, baseado no modelo de serviço social aplicado na Europa, com forte influência da igreja católica, pautada na caridade e assistencialismo.

Com o desenvolvimento acelerado do sistema capitalista, o serviço social exige uma mudança de suas bases, então em 1940 o modelo norte americano começa a conquistar espaço, e o Brasil adota o modelo de profissão mais alinhado com o momento de auge do capitalismo no país, possuindo uma política individualista e positivista que tem como organizadora principal a enfermeira Mary Richmond.

O modelo Norte Americano trata as expressões da questão social como disfunções que podem ser resolvidas através do inquérito – estudo e levantamento de dados a respeito da questão, o diagnóstico do problema, e um tratamento da questão social – esse método é chamado como “metodologia do caso social individual” com o objetivo de diagnosticar o problema para reajustar o homem para a sociedade.

O serviço social segue seu curso no Brasil com influências do modelo norte americano e do europeu, mas por volta dos anos 60 inicia-se o processo de Reconceituação da profissão, que busca repensar a profissão alinhada ao contexto que o país vivia. Porém, com o golpe militar em 1964 o processo se torna mais lento, ocorrendo por meio das reuniões ocorridas em Araxá e em Teresópolis.

O documento de Araxá trata de uma tentativa de integração baseada na declaração de direitos humanos buscando, embora seja extremamente genérica tenta buscar uma nova face e novos conceitos para a profissão. Entretanto, somente com o documento de Teresópolis em 1970, é elaborado um método que relaciona investigação, diagnóstico e intervenção. Os documentos de Araxá e Teresópolis trouxeram uma reatualização da profissão, revisando criticamente – mas ainda não estava de acordo com a teoria crítica de Marx – as perspectivas de reavaliação da questão social e dos usuários dos serviços prestados pelos assistentes sociais.

O movimento de Reconceituação teve 3 vertentes: a primeira uma modernização conservadora de matriz positivista baseada nos fatos sociais, a segunda com uma reatualização do conservadorismo com base na fenomenologia, para enfim ter uma intenção de ruptura vinda com a consciência de classe, que ainda não era materialista dialética.

Em 1980 com o fim da ditadura há a tomada de consciência de classe, e enfim a organização da categoria profissional, além do reconhecimento da profissão como área de pesquisa, assim rompendo com o conservadorismo presente no serviço social. E em maio de 1993 a lei 8.662 regulamenta a profissão determinando suas competências e atribuições. Ademais o código de ética e as

---

diretrizes curriculares, ambas do ano de 1993 fundamentam o projeto da profissão para a contemporaneidade.

## 2. FUNÇÃO DAS INSTITUIÇÕES PENAIS NA SOCIEDADE

A prisão no início tinha o objetivo de domar os seres humanos tornando-os obedientes e dóceis, sendo uma instituição extremamente repressora e punitiva, e pelo histórico é visto que mesmo com tantas transformações sociais a prisão continua sendo um lugar extremamente cruel para quem vive dentro dela e para os familiares que estão fora. Segundo Foucault:

Fez a prisão aparecer como a forma mais imediata e mais civilizada de todas as penas. E foi esse duplo funcionamento que lhe deu imediata solidez. Uma coisa, com efeito, é clara: a prisão não foi primeiro uma privação de liberdade a que se teria dado em seguida uma função técnica de correção; ela foi desde o início uma “detenção legal” encarregada de um suplemento corretivo, ou ainda uma empresa de modificação dos indivíduos que a privação de liberdade permite fazer funcionar no sistema legal. Em suma, o encarceramento penal, desde o início do século XIX, recobriu ao mesmo tempo a privação de liberdade e a transformação técnica dos indivíduos (FOUCAULT, 1987, p.262).

O delito enquanto dispositivo de fragmentação social apresenta uma atribuição política. Penalizar com rigor os transgressores, seja nas praças ou por meio de torturas, ao longo da história representou uma prática usual, aprovados pela sociedade. Na atualidade os direitos individuais que estipulam a igualdade, liberdade e fraternidade como fatores primordiais da concepção política e de poder, não abrangem eventos em praças públicas. Nesta perspectiva a prisão constitui-se de uma instituição política, que apresenta uma função social, uma vez que a disposição ordenada do Estado liberal pleiteia a regeneração do indivíduo por meio da ressocialização.

De modo histórico as instituições prisionais sofreram mudanças desde a idade medieval, onde ocorriam aplicações de tortura e tutela, com recolhimento efetuado em algares, cavernas subterrâneas, masmorras e calabouços. Hoje em dia, pareceres se apresentam de forma consolidada sobre indivíduos criminosos, porém ineficazes para findar com as disfunções das Instituições Penais e com a criminalidade.

As Instituições Prisionais representam na contemporaneidade o principal sistema punitivo para indivíduos que cometem infrações, ou ações que infrinjam a legislação formal. Compreende uma entidade que promove a contenção, privando o transgressor de sua liberdade.

A entidade prisional compõe-se de uma das medidas de controle social, algumas concepções acerca destes espaços os classificam como método inovador de contenção da criminalidade, por meio da ressocialização. Cujas base

---

orientadora constitui a reabilitação social, para complementar o ardiloso recurso de restrição fundamentado no monitoramento e penalização.

O crime condiz com um conjunto de fenômenos complexos, cujas propensões determinam uma multiplicidade de condicionantes aos indivíduos infratores, e o procedimento penal para transgressões consta de inúmeras contestações e expectativas de ações análogas, e preceitos sociais que orientam de modo multifacetado a ressocialização para os apenados.

No Brasil contemporâneo é aplicado o Sistema Progressivo, orientado pelo Código Penal de 1940, que estabeleceu a atual Lei de Execução Penal (LEP) 7.210/84, e dispõem de conceitos atuais para indivíduos que praticam a criminalidade.

A reforma do sistema penal brasileira ocorreu em 1984, por meio das Leis 7.209/84 e 7.210/84. A primeira, entendida como elemento modernizante da Parte Geral do Código Penal, ao passo que a segunda programou a Lei de Execuções Penais na sistemática jurídica. Dentre as modificações apresenta-se como novidade, não prevista outrora, o Sistema Progressivo de penas, o que representa a divisão da execução penal em três regimes: fechado, semiaberto e aberto.

Existem especificidades essenciais para a classificação do Sistema Progressivo, que compreendem o exercício efetivo de trabalhos realizados pelo apenado; a edificação da Instituição Penal; atendimento ao regimento; e a probabilidade de convívio do apenado com a sociedade externa.

A Lei nº 7.210/84 de Execução Penal, que passou a vigorar em 11 de julho de 1984, estabelece regulamentações aplicáveis a todas as instituições prisionais do sistema penal brasileiro; e cujo intento prevê a regulamentação do cumprimento de penalidades privativas de liberdade, concedendo requisitos condizentes com o bem-estar do apenado.

Os sistemas prisionais são percebidos como um espaço cujo objetivo é a retirada da sociedade com a intenção de punir infratores, representação essa das desigualdades e injustiças. Em contrapartida e por meio da Legislação de Execução Penal em busca do objetivo de reinserir na sociedade essa população carcerária são gerados projetos, embasados em políticas de execução penal, cujos objetivos incluem práticas educacionais, culturais, profissionalizantes e religiosas.

Os padrões de Instituições Penais no Brasil não são capazes de atender a função primordial, que apreende a ressocialização de apenados, o caminho para tal feito requer a priori a promoção de projetos que viabilizem a instalação de programas que realizem um acompanhamento individual de pena, e promovam condições humanizadas que estimulem a ressocialização, atendendo às assistências atribuídas em especial pela Lei de Execução Penal.

---

### 3. INSTITUIÇÕES PRISIONAIS FEMININAS

O sistema penal é um sistema que compreende complexidades e se mantém de modo caótico, com amplos conflitos e sob opressão que resulta em violação de Direitos Humanos de inúmeros apenados, em especial, para o estudo desse artigo, mulheres. Esse contexto encontra-se intrínseco a uma política institucional desenvolvida e estruturada em diversos níveis nacionais onde paradigmas e finalidades não se compõem para a efetivação de um sistema prisional que garanta a segurança e a cidadania da apenada.

No que diz respeito ao encarceramento feminino, a eliminação de direitos constitui-se uma realidade proporcionalmente maior. Tal preterição se expressa nos lapsos de políticas públicas que apreendam a mulher apenada como sujeito de direitos com particularidades resultantes de sua condição de gênero.

A vulnerabilidade de mulheres apenadas levanta a perspectiva de um olhar diferenciado para as necessidades que requerem atenção típica, cuja responsabilidade requer maiores condições de elencar a estima desta condição, o que infelizmente não tem sido garantido dentro do Sistema Prisional Feminino no Brasil.

O estado brasileiro descumprir de forma modo destacado variados direitos de mulheres apenadas, como à saúde, à vida, e até mesmo aos direitos relacionados às políticas de reinserção social, por meio do trabalho, educação e precauções de relações sociais e familiares.

Proporcionalmente, dados indicam que mulheres padecem de abandono em maior número que homens encarcerados, enquanto na condição de presa. Sendo raras as visitas recebidas, e especificamente não compreendem qualquer tipo de visita. No entanto, tais dados apresentam-se de modo instigante por representarem abandono por seus pares quando são aprisionadas.

Toda forma de encarceramento é danosa a qualquer indivíduo. Ser destituído de liberdade e ter diversos direitos reduzidos representa uma grande pena a ser processada por desvio de conduta social. No entanto, sendo esta condição de extrema dificuldade, no que tange ao exercício de direitos que deveriam ser garantidos em sua plenitude, independente do gênero, observa-se que antagonicamente ao que se efetua para apenados do sexo masculino, as mulheres sofrem destituição de condições que são garantidas pela Lei de Execução Penal, e injustificável em razão da qualificação sexual.

Ao se estudar sobre as questões sociais, políticas, econômicas e históricas das formas de sistemas penais aplicados às mulheres, algumas conceituações são determinantes em especial sobre a gênese das prisões femininas e sobre o modo específico e diferenciado do encarceramento feminino. Sendo essencial enfatizar as negligências de instituições jurídicas e penais e prisionais, o que explica o fato que no decorrer da história a quantidade de mulheres

encarceradas foi reduzida ao se comparar ao número de homens, em razão de um fenômeno denominado androcentrismo, que envolve tais instituições. Questões estas relacionadas à diferença sexual, circunstâncias e práticas penais e prisionais, reafirmando processos obsoletos de disciplinar, reeducar e ressocializar, que desenvolvem noções dominantes de feminilidade, favorecendo, deste modo, a desconstrução de debates sobre a criminologia tradicional.

#### **4. ATUAÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA PENITENCIÁRIA FEMININA DA CAPITAL**

A atuação do profissional de Serviço Social no âmbito do Sistema Prisional se caracteriza pela prática operacional de direitos, perspectiva sobre a realidade dos problemas sociais enfrentados neste espaço, o cotidiano e as relações estabelecidas entre as apenadas, o espaço prisional e o sistema judiciário. Para além, essa atuação viabiliza reflexões críticas da realidade social, legitimação das leis e direitos humanos, viabilizando o desenvolvimento de práticas que aumentem o alcance dos Direitos Humanos e a eficiência jurídica social.

O assistente social que atua no campo jurídico é permeado por uma prática de avaliação dos direitos, a compreensão dos problemas enfrentados pelos seus usuários e a conversação deles com o campo jurídico. Além disso, atua na análise da realidade social, da efetivação das leis e de direitos na sociedade, a fim de garantir acesso à cidadania.

Sendo a criminalidade matéria debatida pela segurança pública a gestão de Instituições Penais e a tratativa atribuída aos apenados deve equivaler à política de segurança, fundamentados em padrões que salientem a dignidade dos indivíduos, como critério preventivo de embate e contenção da criminalidade. Nessa perspectiva o Sistema Prisional constitui um elemento viabilizador do reestabelecimento da dignidade do apenado, detentor de direitos.

No que cerne a bons requisitos estruturais e práticas educacionais, de recreação e culturais; ao ambiente do sistema prisional feminino ficaram estabelecidos por meio de recomendações legais, através da Organização das Nações Unidas (ONU) preceitos para o trato de prisioneiros. Estas normas referem-se às condições básicas para estabelecimento de leis apropriadas, pelo Estado, para procedimentos a serem tomados com relação aos presos, considerando as particularidades de cada nação que ao se considerar a ressocialização como procedimento que colabora com a socialização de indivíduos encarcerados, é imprescindível a compreensão de que o apenado reintegre a condição de ser social. Tal progresso na socialização acontece no momento que o apenado interioriza concepções acerca de valores, convicção de determinada cultura, reconstrução de dimensão histórica própria, civilidade, acepções. Para tanto, é fundamental a relação do apenado com o meio.

A cidadania firma-se no provimento de informações condicionadas à regulamentação das legislações, que apresentarão embasamentos para a consolidação dos direitos concedidos a todos as pessoas e grupos sociais. Sendo assim, no âmbito dos apenados, que por motivações infracionais legais, apresentam a liberdade cerceada, estende-se as garantias e direitos fundamentais, atendendo a dignidade do sujeito humano.

Diante das condições das Instituições Prisionais e da legislação vigente no país, deve-se considerar as condições precedentes do apenado, reputando a viabilização de um real processo de ressocialização. Deste modo é incontestável a demanda por programas de ressocialização disponíveis aos encarcerados.

No caso da Penitenciária Feminina da Capital, situada na cidade de São Paulo, poucos dados foram apreciados, em função da escassez de informações, contudo, ao se verificar a atual condição de presídios e penitenciárias no Brasil, constata-se circunstâncias divergentes àquilo disposto em lei, adversas às regras essenciais aos direitos humanos e sociais.

Para o profissional Assistente Social historicamente representa um desafio à implementação de políticas sociais, especialmente em penitenciárias como a referenciada no presente estudo, uma vez que dentro de instituições penais o contexto precário, a superlotação e outros aspectos que divergem do direito a cidadania, dificultam o desenvolvimento de uma estrutura adequada para a ressocialização e retorno ao convívio social. Na Lei de Execução Penal (LEP) nº 7.210/84, a saber:

Art. 22. A assistência social tem por finalidade amparar o preso e o internado e prepará-los para o retorno à liberdade.

Art. 23. Incumbe ao serviço de assistência social:

I - conhecer os resultados dos diagnósticos ou exames;

II - relatar, por escrito, ao Diretor do estabelecimento, os problemas e as dificuldades enfrentadas pelo assistido;

III - acompanhar o resultado das permissões de saídas e das saídas temporárias;

IV - promover, no estabelecimento, pelos meios disponíveis, a recreação;

V - promover a orientação do assistido, na fase final do cumprimento da pena, e do liberando, de modo a facilitar o seu retorno à liberdade;

VI - providenciar a obtenção de documentos, dos benefícios da Previdência Social e do seguro por acidente no trabalho;

VII - orientar e amparar, quando necessário, a família do preso, do internado e da vítima.

Diante do exposto, o Serviço Social no Sistema Prisional feminino tem como competência o desenvolvimento de atendimentos que viabilizem possibilidades de convívio social, enfrentamento de limitações, garantias de Direitos Humanos, e garantia de igualdade e humanização, estabelecendo inter-relações que promovam confiança entre os profissionais do sistema, as encarceradas e os familiares, com vistas a uma reintegração ao convívio social de modo efetivo.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente no Brasil os problemas carcerários apresentam características peculiares que levam a sociedade e os órgãos públicos a ponderar acerca da política de execução penal vigente. Discorrer sobre a função das Instituições Prisionais Femininas no Brasil e cidadania neste ambiente, expressa antagonismos e contradições, uma vez que a consolidação de tratativas rigorosas nestas entidades resultam em ineficácia no gerenciamento, no sistema de justiça criminal e no atendimento à legislação. É necessária a promoção de mudanças nas aplicações sistemáticas dos grupos que atualmente defendem o modelo contemporâneo de encarceramento.

É inegável que o sistema prisional feminino brasileiro, na maior parte dos casos, tem se mostrado ineficiente na recuperação de encarceradas, originando a partir deste fato, cidadãs inaptas à reinserção na sociedade. Sendo fundamental enfatizar a imprescindibilidade da constante busca pela garantia da cidadania, para todos os indivíduos em condições de cárcere.

Por meio das literaturas analisadas compreende-se a relevante redefinição da tratativa no auxílio à ressocialização por meio da atuação de profissionais do Serviço Social para a efetivação dos direitos destas cidadãs, sendo esses direitos estendidos a todos os indivíduos e grupos sociais, independente das condições sociais e econômicas a que estejam inseridos.

De relevante importância para discussão deste assunto a análise das possibilidades de atuação do profissional Assistente Social como mediador do direcionamento da educação, cultura e lazer tencionando a consolidação da cidadania e ressocialização dentro das Instituições Prisionais no Brasil.

Toda apenada carrega consigo vivências. Ao serem adicionados às suas percepções de vida conhecimentos que amenizem os desequilíbrios causados pelo aprisionamento e possibilitem meios de reinserção na sociedade, ao final de sua pena, representa benefício para toda a sociedade, validando as especificações legais previstas para os casos de apenados com direito de vivenciarem processos que aos poucos permita o retorno do indivíduo à sociedade.

Conclui-se por meio do presente estudo a importância da atuação do Serviço Social junto a instituições, como no caso da Penitenciária Feminina da Capital, inclusive com o objetivo de enriquecer levantamentos de dados que poderão instrumentalizar práxis futuras para estas usuárias vulneráveis e enclausuradas, destituídas de muitos dos seus direitos e que poderiam garantir a reintegração social resgatando sua autoestima. Por meio da aquisição de saberes, bem direcionados,

---

sendo possível que vidas sejam transformadas e ocorra a impulsão ao discernimento acerca dos deveres como cidadãs ressocializadas.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei de execução Penal**. Lei nº 7210 de 11 de julho de 1984.

FOUCAULT, Michel, 1993, [1975], **Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão**. Petrópolis, Editora Vozes.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. A questão social no capitalismo. **Revista Temporalis-Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social**, 2ª ed., São Paulo, ano 2, n. 3, p. 09-30, 2004.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós-64**. 15 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SOUZA, Rosane Cristina Moreira de. A ressocialização nos espaços prisionais: possibilidades e limites na contemporaneidade. **Revista Interdisciplinar do Pensamento Científico**, v. 2, n. 2, p.88 – 98, 2016. Disponível em: <<http://reinpec.srvroot.com:8686/reinpec/index.php/reinpec/article/view/203>>. Acesso em: 15 mai. 2019.

**ÍNDICE****A**

Aldovano Dantas Barbosa, 53, 201  
Amanda Rabay Rodrigues, 46  
Ana Carolina Guerreiro Rocha, 139  
Ana Laura Malachias, 53  
Ana Maria Gonçalves Oliveira, 40, 57,  
68  
Ana Tereza Jacinto Teixeira, 155

**B**

Bruna de Castro França, 139  
Bruna Ferracine Faccirolli, 123

**C**

Carolline Gabrielle Campos de Souza,  
35  
Cledja Ferreira da Silva, 53

**E**

Esther Vieira Soares, 29

**G**

Giovanna Cordeiro Ferreira, 29, 40,  
57, 68

**I**

Isabela Monteiro da Fonseca de  
Oliveira, 21  
Isabella Monteiro da Fonseca, 201  
Isadora de Castro Aguiar, 21, 201  
Isadora Machado Pontes, 29, 40

**J**

Jonas de Lara Fracalozzi, 40  
Juliana Domenes Pereira, 46

**K**

Karine Alice Machado Florêncio Côrte,  
53

**L**

Lara Serafim de Andrade, 53  
Luana Farid Guimarães de Castro, 187

**M**

Márcia Aparecida Giacomini, 29, 35,  
139  
Maria Beatriz Machado Bordin, 123  
Mariana de Lima Santos, 35  
Meiriane Souza do Carmo Tavares,  
187  
Murillo E. Ravagnani Siqueira Martins,  
8

**N**

Naiara Diniz da Mota, 21, 201  
Natália Jácomo Auad, 35

**P**

Patrícia Reis Alves dos Santos, 46

**R**

Rafael Menguer Bykowski dos Santos,  
155  
Rafaella Gregori Perduca, 29, 40  
Renata David, 187

**S**

Sandy Gerolin Mota Araujo, 21, 201

**T**

Tamires Pimentel Vieira Santos, 139  
Taynah Junqueira Lobo, 46

**ISBN VOLUME**



**ISBN COLEÇÃO**



**0800 940 4688**

**16 3713 4688**

**unifacef.com.br**

