

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Ana Carolina Garcia Braz
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Silvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (Orgs.)

A PLURALIDADE NA PSICOLOGIA:
estudos e pesquisas
sobre temáticas contemporâneas

Coleção Ciência e Desenvolvimento
49

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



DOI 10.29327/5456266

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Ana Carolina Garcia Braz
Daniel Facciolo Pires
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva (Org.)

A PLURALIDADE NA PSICOLOGIA: estudos e pesquisas
sobre temáticas contemporâneas

ISBN 978-65-88771-76-1

FRANCA
Uni-FACEF
2024

Corpo Diretivo

REITOR

Prof. Dr. Alfredo José Machado Neto

VICE-REITOR

Prof. Dr. João Baptista Comparini

PRÓ-REITOR DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Dr. José Alfredo de Pádua Guerra

PRÓ-REITORA ACADÊMICA

Profª Drª Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira

PRÓ-REITORA DE EXTENSÃO, CULTURA E DESENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO

Profª. Drª Melissa Franchini Cavalcanti Bandos

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO e COORDENADOR DE PÓS-

GRADUAÇÃO *LATO SENSU*

Prof. Dr. Sílvio Carvalho Neto

COORDENADORA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*

Profª. Drª. Marinês Santana Justo Smith

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

Prof. Me. Cyro de Almeida Durigan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS

Prof. Dr. Orivaldo Donzelli

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. Márcia Aparecida Giacomini

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA CIVIL

Prof. Dnd. Anderson Fabrício Mendes

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

Prof. Dr. Flávio Henrique de Oliveira Costa

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE LETRAS

Profª Drª Maria Eloísa de Souza Ivan

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MATEMÁTICA

Prof. Drª Sílvia Regina Viel

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE MEDICINA

Prof. Dr. Frederico Alonso Sabino de Freitas

CHEFE DE DEPARTAMENTO DO CURSO DE PSICOLOGIA

Profª Drª Maria de Fátima Aveiro Colares

CHEFE DE DEPARTAMENTOS DE COMPUTAÇÃO

Prof. Dr. Daniel Facciolo Pires

Comissão Científica

Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira (Uni-FACEF)
Daniela de Figueiredo Ribeiro (Uni-FACEF)
Melissa F. Cavalcanti Bandos (Uni-FACEF)
Sílvia Regina Viel (Uni-FACEF)
Marinês Santana Justo Smith (Uni-FACEF)
Maria Eloísa de Souza Ivan (Uni-FACEF)
Daniel Facciolo Pires (Uni-FACEF)
Renato Garcia de Castro (UNICAMP)
Pedro Geraldo Tosi (UNESP)
Vânia de Fátima Martino (UNESP)
Érika Andressa da Silva (IFESC)
Andrea Liporini (UNESP)
Evandro Eduardo Seron Ruiz (USP)
Josiane Maria Starling Duarte (Uni-FACEF)
Kelly Jacqueline Barbosa (Uni-FACEF)
Lívia Maria Lopes (Uni-FACEF)
Andreia Aparecida Reis de Carvalho Liporoni (UNESP)
Edson Zangiacomi Martinez (USP)
Emerson Fernando Rasesa (UFU)
Janise Braga Barros Ferreira (USP)
Mário Luís Ribeiro Cesaretti (UNIFESP)
Rodrigo Guimarães dos Santos Almeida (UFMS)

Comissão Organizadora

José Alfredo de Pádua Guerra
Alfredo José Machado Neto
Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira
Ana Carolina Garcia Braz
Melissa Franchini Cavalcanti Bandos
Sívio Carvalho Neto
Marinês Santana Justo Smith
Sílvia Regina Viel
Welton Roberto Silva
Leonardo Carloni Rodrigues Meira

© 2024 dos autores

Direitos de publicação Uni-FACEF

www.unifacef.com.br

Coleção: Ciência e Desenvolvimento, v. 49.

O51g

Oliveira, Sheila Fernandes Pimenta *et al* (Orgs.).

A pluralidade na psicologia: estudos e pesquisas sobre temáticas contemporâneas. / Sheila Fernandes Pimenta e Oliveira; Ana Carolina Garcia Braz; Silvia Regina Viel; Daniel Facciolo Pires; Marinês Santana Justo Smith; Welton Roberto Silva (Orgs.). – Franca: Uni-FACEF; 2024.

151p.,; il.

ISBN Coleção 978-85-5453-017-4

ISBN Volume 978-65-88771-76-1

DOI 10.29327/5456266

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

CDD 658

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

A pluralidade na psicologia refere-se a ampla gama de perspectivas, abordagens e métodos que existem dentro desse campo de estudo e intervenção, reconhecendo que a experiência humana é complexa e multifacetada. Essa diversidade é importante, pois permite que psicólogos e profissionais afins entendam melhor as diversas influências culturais, sociais e individuais que afetam o desenvolvimento e o bem-estar de pessoas e comunidades.

Este e-book traz pesquisas relevantes e atuais, com temas necessários para que se possa aprimorar a reflexão sobre as diversas demandas em Saúde Mental. Por exemplo, abordar as experiências de indivíduos negros envolve reconhecer o impacto do racismo sistêmico e do trauma histórico, que devem ser compreendidos e trabalhados com estudantes da área da Saúde, tema proposto em um dos estudos, com a utilização do método sociodramático, ferramenta do Psicodrama, com vistas a levantar reflexões, aprimorar a formação profissional e oferecer subsídios para transformações sociais urgentes.

Além disso, ao se pensar em diferentes contextos, algumas perguntas se tornam relevantes, como as interrogações propostas em um outro estudo, sobre como se dão as relações de amor, amizade e trabalho para a juventude rural brasileira, hoje minoritária. Ao incorporar práticas culturalmente relevantes e reconhecer essas influências, os psicólogos podem fornecer um suporte mais eficaz àqueles que demandam seus serviços, melhorando seus resultados em termos de promoção de saúde mental.

Na realidade brasileira, a gravidez indesejada na adolescência é considerada um problema de saúde pública, demandando um olhar cuidadoso. Uma das pesquisas propõe a interrelação entre a educação sexual das jovens e o acesso limitado a contraceptivos, com o objetivo de explorar as consequências e fatores que levam jovens mulheres a engravidar e os efeitos em suas vidas.

Diante do aumento dos casos de dependência química na atualidade, um outro artigo tem como objetivo explorar a dependência química relacionada à metanfetamina e seus possíveis tratamentos, com ênfase em três métodos: terapia cognitiva-comportamental, musicoterapia e manejo de contingências.

Ainda, com o aumento da expectativa de vida da população, como podemos pensar a saúde mental de cuidadores de idosos, aspecto também relevante em termos de saúde pública? Um dos artigos tem como objetivo investigar a relação entre a sobrecarga emocional no cuidado de idosos e a saúde mental dos cuidadores.

Um outro estudo aborda o nível de estresse vivido por mães de crianças com TEA (Transtorno do Espectro Autista), investigando a relação entre o Nível de Suporte das crianças autistas, de 4 a 8 anos, e o estresse materno.

Outro tema importante é o luto, abordado em dois estudos sob a perspectiva psicanalítica, o qual envolve o processamento da perda e a realocação da energia emocional relacionada ao que foi perdido. O luto pode se manifestar como normal ou patológico e o luto materno em particular pode ser especialmente intenso, aspecto pesquisado em um dos estudos. O outro traz a hipótese de que a forma como um enlutado

lida com a perda está conectada à posição depressiva na infância, proposta por Melanie Klein.

Buscando interrelacionar a Psicologia Analítica de C.G. Jung a Psicossomática, um dos estudos sugere que a interpretação simbólica dos sintomas seja um passo importante na individuação, e o reconhecimento das causas inconscientes da doença, ligadas à sombra da personalidade, revela benefícios ao tratar o sintoma como um caminho à plenitude humana.

Todos esses temas contemporâneos são tratados nesta edição, por meio de diferentes abordagens teórico-metodológicas, tais como o psicodrama, a psicanálise, a abordagem cognitivo-comportamental e a análise junguiana. Dessa forma, esse e-book, ao assumir a pluralidade da psicologia no enfrentamento de problemas, traz importantes contribuições em termos de uma compreensão abrangente das experiências humanas, enriquecendo o conhecimento teórico. Convido o leitor a desfrutar de cada artigo aqui apresentado, abraçando perspectivas e abordagens diversas, de forma a criar um campo mais inclusivo e eficaz que reflita a complexidade da vida humana. À medida que continuamos a explorar e integrar esses diversos pontos de vista, abrimos caminho para uma compreensão mais profunda de aspectos relativos à saúde mental e bem-estar, beneficiando, em última análise, indivíduos e comunidades.

Boa leitura!

Professora Doutora Daniela de Figueiredo Ribeiro
Departamento de Psicologia
Centro Universitário Municipal de Franca - UNIFACEF

SUMÁRIO

A DOR MATERNA DIANTE DA PERDA DE SEU BEBÊ: reflexões psicológicas	8
A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E ORIENTAÇÃO SEXUAL NO BRASIL	21
DEPENDENCIA QUIMICA E A METANFETAMINA: Uma revisão dos tratamentos disponíveis.....	30
NÍVEL DE ESTRESSE EM MÃES DE CRIANÇAS COM TEA: um comparativo entre o nível de estresse e o Nível de Suporte do filho	46
O LUTO NA VISÃO PSICANALÍTICA: breves considerações a partir da teoria das posições de Melanie Klein	69
O PERCURSO ENTRE A PSICOSSOMÁTICA E A PSICOLOGIA ANALÍTICA: uma revisão bibliográfica	81
SAÚDE MENTAL DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS: da sobrecarga emocional ao adoecimento psíquico	98
SER JOVEM EM UMA COMUNIDADE RURAL: as vivências e expectativas sobre amor, amizade e trabalho	109
SOCIODRAMA DAS RELAÇÕES ÉTNICO RACIAIS COM UNIVERSITÁRIOS PARA A SUPERAÇÃO DO RACISMO ESTRUTURAL E PROMOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA	129
ÍNDICE	151

A DOR MATERNA DIANTE DA PERDA DE SEU BEBÊ: reflexões psicológicas

Helena Lamberti Trancho
Graduanda em Psicologia - Uni- FACEF
helenalamberti4@gmail.com

Irma Helena Ferreira Benate Bomfim
Professora Doutora, em Psicologia – Uni-FACEF
irmabenate@gmail.com.br

“Morre-se antes de nascer. Estará a sociedade civil consciente da fragilidade da maternidade e do vigor desse sono eterno que nos desvincula da existência?”
Maria Tereza Maldonado

1 INTRODUÇÃO

O luto é um assunto muito complexo de lidar pela sociedade, pois envolve um alto nível de sofrimento. Segundo Freud em “Luto e Melancolia” (2014), relata que existem duas maneiras de enfrentar uma perda: o luto complicado envolvendo a melancolia e o luto normal, no qual seria um processo mais saudável. A melancolia se caracteriza por um desânimo doloroso, uma falta de interesse pelo mundo externo e um rebaixamento da autoestima, envolvendo uma intensidade de sofrimento que coloca a pessoa em risco de vida. Já o luto normal, envolve uma tristeza, dor da perda de forma mais consciente e é visto, como uma elaboração da dor de forma mais saudável.

Segundo Kubler-Ross(1996), no seu livro “Sobre a morte e o morrer!” cita seu estudo e apresenta os estágios do luto. O primeiro seria a negação, segundo seria o isolamento, o terceiro raiva, o quarto a barganha, o quinto seria depressão e o último seria a aceitação. Aspectos psicológicos que ajudam na compreensão do luto, pois a negação é uma reação da não aceitação da perda, seguido do isolamento sendo um mecanismo de defesa para tentar aliviar a dor, logo vem a raiva que seria uma revolta do acontecimento, a barganha seria ela já consegue aceitar um pouco melhor o acontecimento, depois vem a depressão envolvendo um sofrimento intenso que dura mais tempo e o último seria a aceitação, na qual a pessoa já consegue aceitar a realidade.

No que tange a conceituação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define a perda fetal como “a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe independentemente da duração da gravidez”.

Em termos estatísticos é importante também relacionar o luto, pois a realidade brasileira é alarmante e o número de natimortos é grande.

A perda de um filho em período perinatal ou natimorto é um acontecimento recorrente, mas que pouco se ouve falar. Somente no ano de 2020 foram registradas 18.297 mortes fetais, segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde, apontado no Painel de Monitoramento da Mortalidade Infantil e Fetal (2020). (Nascimento, p. 8, 2021).

Nesta perspectiva, desde 1999 o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulga anualmente a Taxa Completa de Mortalidade correspondente à população do país, devido ao que foi estabelecido Artigo 2º do Decreto Presidencial nº 3.266, de 29 de novembro de 1999, que diz o seguinte: “Art. 2º. Compete ao IBGE publicar, anualmente, até o dia primeiro de dezembro, no Diário Oficial da União, a tábua completa de mortalidade para o total da população brasileira referente ao ano anterior.”.

Logo, segundo o IBGE (2013), entre 2000 a 2015 no Brasil a mortalidade infantil caiu de 29,02 para 13,82 para mil nascidos vivos. Já em 2021 o número de óbitos da população toda cresceu 18,0%, envolvendo 273 mil mortes a mais do que em 2020, sendo o maior número atingido desde 1974. São números alarmantes que mostram o quão importante o aspecto biopsicossocial das mulheres neste contexto precisa ser estudado e cuidado.

Ao dar enfoque no luto materno devido a perda de um bebê no período perinatal pode-se notar que é um processo extremamente complicado e traumático para a mulher, pois a mesma, inicialmente, está vivendo um clima emocional oposto de uma perda, ela está em um momento de espera, ansiedade, de uma boa expectativa pela chegada de um filho e quando vem esse acontecimento de uma morte de desse bebê, se dá início a dor de um luto de uma imensa tristeza pela perda da criança real e também pela perda da criança imaginária que já habitava o

mundo psíquico da mãe, que nunca poderá ser conhecida. No ponto de vista afetivo é a perda de um sonho.

A dor pela perda de um filho pode gerar um profundo sofrimento para a mulher, tais como uma degradação da sua autoimagem, pensamentos de incapacidade sobre seu corpo por não desempenhar seu papel biológico e desencadear também um sentimento de culpa, originado na crença de que possa ter feito algo errado na gravidez.

Diante desse cenário, o atual artigo foi proposto tendo como objetivo conhecer a experiência materna perinatal de uma mulher que vivenciou o luto pela perda de um filho durante a gestação ou pós-parto e seus impactos causados pela perda, na literatura em questão. Este trabalho faz parte do programa Iniciação Científica do Centro Universitário de Franca, no qual as pesquisadoras estão inseridas, cujo tema da pesquisa é O luto materno: a perda de um filho na perspectiva da mulher.

O procedimento metodológico desta pesquisa abarca uma revisão da literatura com o enfoque em autores que versam sobre o aspecto psicológico e psicanalítico do luto materno.

Entender tais aspectos psicológicos que envolvem o luto, tentar compreender que pensamentos e sentimentos estão presentes em uma mãe quando perde o filho abarca ampliar as possibilidades dessa mulher ressignificar, compreender sua história e auxiliá-la na retomada de sua caminhada de vida. Desse modo, o enfoque da presente pesquisa é também refletir sobre o cuidado da mãe enlutada.

2 LUTO: UMA BREVE DISCUSSÃO

A partir das contribuições da teoria psicanalítica de Freud (2014), o luto envolve dois aspectos, sendo o luto normal e o luto patológico. No luto normal compreende-se a dor pela perda de um objeto. Já no luto patológico, envolve um processo lento e doloroso, no qual ocorre uma tristeza profunda de maior dificuldade de elaboração psíquica sendo também um processo de cicatrização, seria a perda de um objeto amado há melancolia, que em alguns casos se configura como um manifesto da tristeza levando a uma depressão. Assim, os

estados melancólicos são chamados de depressão, pois abarca uma autorecriminação do ego.

A melancolia se caracteriza por um desânimo profundamente doloroso, uma suspensão do interesse pelo mundo externo, perda da capacidade de amar, inibição de toda atividade e um rebaixamento do sentimento de autoestima, que se expressa em autorrecriminações e auto insultos, chegando até a expectativa delirante de punição. Esse quadro se aproximará mais de nossa compreensão se considerarmos que o luto revela os mesmos traços, exceto um: falta nele a perturbação do sentimento de autoestima. No resto é a mesma coisa. O luto profundo, a reação à perda de uma pessoa amada, contém o mesmo estado de ânimo doloroso, a perda de interesse pelo mundo externo – na medida em que este não faz lembrar o morto –, a perda da capacidade de escolher um novo objeto de amor – em substituição ao pranteado – e o afastamento de toda e qualquer atividade que não tiver relação com a memória do morto. (Freud, p.29, 2014)

Logo, nota-se segundo Campos (2013), que a pulsão de morte como forma de manutenção da vida se coloca contra toda a possibilidade de representação no psiquismo, sendo ela uma descarga da energia psíquica, levando a um esvaziamento do próprio psiquismo. Assim, ela só pode ser vista nas relações negativas do sentimento inconsciente de culpa e da agressividade.

As pulsões de vida constituiriam a força de ligação em jogo no aparelho psíquico, em oposição à pulsão de morte, que seria a força de desligamento. Tudo que é representação e tentativa de organização é expressão da pulsão de vida, enquanto toda ruptura e traumatismo à organização do psiquismo é expressão da pulsão de morte. (Campos, 2013, p. 14)

A pulsão de morte ataca o psiquismo atrapalhando o trabalho do eu, ela impede o desejo do eu de ser realizado levando a uma morte psíquica, já as pulsões de vida envolvem uma força de ligação no aparelho psíquico. É visto, que tudo que é representação e tentativa de organização é da ordem da pulsão de vida e tudo que é ruptura e traumatismo à organização do psiquismo é uma pulsão de morte. Deste modo, pulsão de morte é uma descarga da energia psíquica levando a um esvaziamento e destruição do próprio psiquismo e distanciamento da realidade dolorosa, para evitar a morte real.

O luto é um conceito muito delicado de ser vivenciado pelas pessoas, pois envolve um alto nível de contato com a perda e o sofrimento decorrente desta. Com isso, é preciso que haja uma elaboração psíquica para que o luto seja significado e, assim, aconteça o processo de cicatrização emocional, no qual cada pessoa possuirá seu tempo e maneiras de vivenciá-lo. Campos (2013) traz a ideia

de que o trabalho normal do luto está ligado com a redistribuição da libido antes investida no objeto de amor perdido.

Segundo Freud (2014), o processo de luto se inicia quando a libido começa a se desligar do objeto amado, o aspecto narcísico faz com que ela retorne não a outro objeto qualquer, mas ao próprio ego, no qual é revitalizado pelo retorno da libido. Logo, a prova da realizada mostrou que o objeto amado já não existe mais e agora exige que toda a libido seja retirada de suas ligações com esse objeto.

É visto que em algumas situações, o luto não elaborado pode se tornar um estado melancólico. Deve ser observado que o luto em si envolve um sofrimento da perda de um objeto amado, podendo ser uma pessoa ou um objeto qualquer que tenha muito significado para aquele sujeito. Esse processo que o enlutado passa segundo Freud (2014), faz com que o sujeito empobreça seu ego e não consiga investir a libido em outros objetos, pois o luto é um trabalho de desligamento da libido em relação ao objeto de prazer que o ego perdeu, por morte ou abandono. Assim, pode-se notar que esse processo sendo bem elaborado o sujeito consegue redepositar sua libido em outros objetos de prazer e ser desenvolvido de forma normal e não patológica. Contudo, quando ele envolve um estado melancólico e uma não elaboração saudável já haveria um caráter patológico. Ao desenvolver um estado de melancolia, se estrutura um risco patológico de depressão, com uma intensidade muito grande de sofrimento e inabilidade de lidar com tais sentimentos.

Cada uma das lembranças e expectativas em que a libido se achava ligada ao objeto é enfocada e superinvestida, e em cada uma sucede o desligamento da libido. Não é fácil fundamentar economicamente porque é tão dolorosa essa operação de compromisso em que o mandamento da realidade pouco a pouco se efetiva. É curioso que esse doloroso desprazer nos pareça natural. Mas o fato é que, após a consumação do trabalho do luto, o Eu fica novamente livre e desimpedido. (Freud, p.174, 2010).

Assim, pode-se notar que o homem não abandona sua posição de libido atoa, sendo que é uma posição muito importante, logo ao perder o objeto amado ocorre um afastamento da realidade e uma não aceitação ao objeto perdido por meio de uma psicose alucinatória de desejo. Com isso, é preciso que a pessoa enlutada volte a se aproximar da realidade, assim, dentro desse processo aos poucos as lembranças que a libido possuía de uma ligação ao objeto vão sendo resgatadas ocorrendo o desligamento da libido e assim, quando o luto é concluído o

ego fica novamente livre e desinibido. O trabalho normal do luto seria a redistribuição da libido.

Os impactos e consequências causadas pela perda de um filho são muitos. Uma vez que o óbito perinatal ocorre a partir da 28ª semana gestacional até o 7º dia de vida da criança, muitas vezes a dor de perder um feto ou um recém-nascido é subestimada, pois os leigos acreditam que o sofrimento materno é diretamente proporcional ao período de convivência com o filho, mas a dor de perder um filho mesmo que ainda não o tenha nas mãos, pode ser tão intensa como a da mulher que perdeu seu filho após um grande período de convivência, pois não há como dimensionar e comparar a dor que sente tais mulheres.

Tristeza profunda, sentimentos depressivos ou de culpa, autoestima baixa, raiva, fracasso, vergonha, pensamentos suicidas são alguns sinais que a literatura relata estarem relacionados ao luto materno. Para a mãe, não se perde apenas o filho, mas sua identidade e uma parte de si (Hill et al., 2017, apud, Lopes, 2019).

A mãe que perde um filho demora mais tempo no seu processo de luto, pois envolve fases como a negação, raiva, depressão, sentimento de fracasso e por último a aceitação de não realização de um desejo, muitas vezes mantido desde a infância, de tornar-se mãe.

A morte perinatal é um acontecimento que foge a expectativa de qualquer pessoa, podendo causar nas pessoas envolvidas, distúrbios emocionais, como raiva, tristeza e angústia, tais sintomas vão diminuindo após 1 a 6 semanas, porém podem durar mais de 6 meses. Muitos pacientes desenvolvem sintomas de depressão, normalmente por volta de 6 meses após a morte de seu bebê, podendo esses diminuir ou permanecer.

3 A PERDA COMO UMA CONSEQUÊNCIA DOS ASPECTOS BIOLÓGICOS E PSICOLÓGICOS DA MULHER

Segundo Carvalho (2007), a perda de um filho traz diversas reações, principalmente envolvendo um sofrimento profundo. Na mulher essa perda pode ser oriunda tanto de fatores biológicos como psicológicos que antecedem a gestação, deste modo o acompanhamento médico é fundamental para ampliar a compreensão dos fatores de risco presentes na vida da mulher antes da fecundação.

Segundo o Manual do Ministério da Saúde (2010), do ponto de vista biológico os seguintes fatores são considerados de risco: baixo peso, idade, anormalidades estruturais nos órgãos reprodutivos, Situação conjugal insegura, conflitos familiares, dependência de drogas lícitas ou ilícitas e exposição a riscos ocupacionais: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse.

Do ponto de vista psicológico, a constituição emocional da mãe pode influenciar a ocorrência ou não de uma perda gestacional, a qual pode acarretar em uma desvalorização da autoimagem, ocasionando sentimento de que seu corpo não pode funcionar de forma adequada ou pelo pensamento de não ser capaz de desempenhar seu papel biológico.

Mulheres que passaram por uma perda gestacional podem notar que existe dentro delas um sentimento de culpa, podendo também afetar possíveis hipóteses de novas gestações.

A perda perinatal é experiência indescritível para os pais, difícil de assimilar, considerando que os bebês representam o início da vida e não o fim. Após sofrer uma perda, tem início uma série de tarefas, chamada processo de elaboração do luto. O luto é a resposta normal e saudável a uma perda (5). Os pais vivenciam as mesmas reações que aquelas observadas em outras situações de luto, tais como sentimento de vazio interior, culpabilidade, irritabilidade, pesar esmagador, temor de uma nova gravidez, raiva, incredulidade e apatia (4,6). Aproximadamente, 20% das mães sofrem de algum transtorno psicológico, como depressão ou ansiedade, dentro de um ano após a perda, e podem desenvolver distúrbios psiquiátricos com capacidade para influenciar eventuais gravidezes posteriores e o relacionamento com o bebê seguinte. (Pastor Montero, p.3, 2011)

Ao dar ênfase no psiquismo de mulheres que perderam o filho na gestação, pode-se notar que devido ao ocorrido, tais mulheres podem desencadear sintomas como depressão, ansiedade e pânico principalmente nos meses após a perda. Pois, ao perder um filho esse sofrimento resulta em uma ferida muito dolorosa.

Assim, para lidar com essa situação é preciso reequilibrar a estrutura psicológica, os pais devem ter um apoio de profissionais da área, apoio familiar e se darem um apoio mútuo. Como não existe uma preparação para essa morte que seria chamada de luto antecipado, a mãe irá precisar de toda sua rede de apoio para restabelecer-se.

A perda de um filho é uma experiência singular e implica em um luto particular, posto que são inúmeras as adaptações que os pais precisam enfrentar, tanto em nível individual, como na relação conjugal e social. Ao perder um filho, o luto aparece como reação imediata, esse acontecimento solicita aos pais uma nova identidade. É durante o processo de elaboração do luto que essa nova identidade se constitui, pois, ocorrem diferentes mudanças na vida destes, referentes a concepção de mundo e papéis. (Coelho; Filho, p.18, 2017)

Logo, sem essa rede de apoio, o impacto emocional da perda pode ser muito brusco e forte, e mães que não possuem uma boa estrutura de personalidade não conseguem muitas vezes absorver os sentimentos oriundos da experiência.

Neste contexto, as consequências causadas pela perda de um filho envolvem a princípio a condição psicológica da mulher estabelecida antes mesmo da gestação, podendo determinar a intensidade da ansiedade, do sentimento de desconforto, raiva, depressão, culpa, além de intensificar os problemas com a saúde física como aparecimento de comorbidades tais como: pressão arterial irregular, falta de apetite levando a uma desidratação, dores e entre outros.

Um outro aspecto que pode estar relacionado com a perda do bebê, é o desenvolvimento deste que se inicia com a fecundação até a perda gestacional associado ao modo como a mulher o vivência.

Durante a gravidez, o bebê vai crescendo em um espaço vazio do corpo da mãe. Nesse momento, o bebê, junto com sua mãe, é envelopado por uma única pele, dentro de um único espaço. É importante dar uma atenção especial tanto à jovem grávida quanto à experiente mãe no enfrentamento do terceiro trimestre de gravidez, em que ocorrem inevitáveis e importantes tensões psíquicas. A mãe atravessa momentos de ansiedade e depressão. Sofre de alterações do sono, fobias relacionadas à possibilidade de o bebê ter alguma anomalia ou malformação, medo de sua prole ser roubada ou morrer no parto, bem como da morte do bebê intrauterino, enfim que algo ruim possa acontecer. (Eizirik; Bassols, p. 65, 2013).

Segundo Eizirik e Bassols (2013), pode-se notar que após duas semanas de gestação já se forma um cilindro oco, o tubo neural, desenvolvendo o cérebro e a medula espinhal. Já na 20ª semana de gestação a maior parte dos neurônios do córtex já estão formados, os quais são responsáveis pelo funcionamento complexo do nível superior.

Durante os primeiros 30 dias, o crescimento ocorre mais rápido, é visto que o embrião possui um coração minúsculo, e o cordão umbilical está funcionando,

já no final do segundo mês, ele possui menos de 2,5cm e pesa apenas 9,4g, os braços têm mãos, dedos e as pernas possuem joelhos e tornozelos.

Eizirik e Bassols (2013), relatam que no terceiro mês o bebê já possui unhas nos pés e nas mãos, tendo olhos fechados, lábios e nariz proeminentes. Em seguida, no quarto mês o feto mede entre 20 a 25 cm e pesa aproximadamente 170g, logo nesse mês a mãe já pode começar a sentir os chutes do bebê. Já no quinto mês, o bebê vai achando sua posição mais confortável de ficar e se mexendo cada vez mais e é possível ouvir os batimentos cardíacos do bebê ao colocar o ouvido na barriga.

No sexto mês do bebê os olhos já estão completos, abrindo, é capaz de fechar a mão, mas seu aparelho respiratório ainda não amadureceu. E no sétimo mês, no qual se ocorrer óbito já é considerado como uma morte perinatal, o feto possui 40 cm e 1,36 a 2,25kg, já possui um reflexo e também padrões bem desenvolvidos.

Ao passar dos meses de gestação a mãe vai se acostumando com a gravidez e, com isso, vai entrando em contato com sua própria experiência, começando a imaginar seu bebê, e assim retorna a sua experiência como filha, ela resgata em suas lembranças a sua experiência como filha, podendo ser traumática ou não, tal vivencia dependerá do modo que a própria gestação e a relação estabelecida com a sua mãe se desenvolveram.

Soifer (1992) em seu livro “ Psicologia da gravidez, parto e puerpério”, relata algumas ansiedades durante a gravidez, levando em conta que o fato de estar grávida não envolve apenas a mulher e sim o seu processo psicológico de regressão. Logo, do ponto de vista psicanalítico a regressão começa pela sonolência que envolve uma identificação fantasiada com o feto.

Já no segundo mês costumam aparecer as náuseas e vômitos, servindo para evidenciar a gestação. Logo, quando a mulher está com uma relação perturbada com sua mãe os vômitos adquirem maior intensidade, com isso, o reconhecimento precoce do problema constitui a profilaxia deste quadro.

Esta ansiedade pela incerteza exprime o conflito de ambivalência, devido à intensificação das vivências persecutórias que existem por si mesmas frente à maternidade: são o produto de sentimentos de culpa infantil, tanto pelos ataques fantasiados à própria mãe como pelos desejos de ocupar seu lugar. (Soifer, p.25, 1992).

Assim, outro fator dentro dessa ansiedade é o temor derivado sobre a situação econômica, podendo aparecer como uma fantasia ou como uma necessidade mesmo, por descolamento das ansiedades inconscientes. Assim, nos outros meses a ansiedade aparece com sintomas de sonhos, medo de ocorrer um aborto e surgimento de várias modificações fisiológicas.

4 O ENFRENTAMENTO DO LUTO DE UM FILHO

Ao falar sobre o modo de enfrentamento de mães que perderam o filho, pode-se esperar que não seja um enfrentamento fácil, é um caminho muito doloroso, delicado de se passar e, com isso, também a aceitação é uma das tarefas mais difíceis para a mãe.

Segundo Kubler- Ross(1996), no seu livro “Sobre a morte e o morrer!” cita sobre os estágios do luto. O primeiro seria a negação: a pessoa não consegue acreditar no fato que está acontecendo com ela, não aceita a realidade, sendo essa uma defesa psíquica do que a consciência não consegue elaborar. O segundo seria o isolamento: podendo ser um mecanismo de defesa passageiro, sendo utilizado para aliviar a dor e o impacto da notícia.

O terceiro seria a raiva: envolve uma revolta com o acontecimento, não aceita muito bem os fatos. Assim, o estado de negação é substituído pela raiva. Já no quarto estado seria a barganha: a pessoa tenta negociar com o destino, sendo que nos outros estágios ela não conseguiu enfrentar os tristes acontecimentos, neste a pessoa tenta ser bem-sucedida entrando em algum tipo de acordo que adie o desfecho inevitável. Sendo uma tentativa de adiamento para o acontecimento.

No quinto estado que seria a depressão: é o estado mais longo, envolve um sofrimento intenso, a pessoa se isola no seu mundo interno, se sentindo incapaz de lidar com a situação

E na última de aceitação: a pessoa consegue aceitar a realidade como ela é, e começa a enfrentar esse processo de luto com mais consciência.

Em seu estudo, Van investigou as possíveis formas de enfrentamento em situações como estas. Uma das estratégias nomeadas pela autora é a

tentativa de “deixar de lado”, procurar não pensar no que aconteceu. Esta estratégia aparece quando as pessoas ao redor estão com dificuldade para suportar o sofrimento da mulher e, de alguma forma, demonstram isso. Além disso, pode ser uma tentativa, por parte da mulher, de não evocar a dor e o sofrimento. Outra estratégia possível é a de acreditar que a perda “tem um propósito”. Nesses casos, as mulheres ligam a perda com suas histórias de vida, buscando um motivo por que estão vivendo o aborto, comumente referindo aprendizado. (Van 2001, apud Carvalho; Meyer, 2007, p. 37).

Além dessas estratégias, a mãe também pode se apoiar em alguma religião ou espiritualidade, podendo acreditar que o bebê está em um lugar melhor.

Diante deste sofrimento, é visto que a rede de apoio é de extrema importância para que a mãe consiga enfrentar de forma saudável a perda de sua gestação. Seja por parte familiar, profissionais de saúde ou a junção dos dois.

Nesse contexto, profissionais de saúde têm papel essencial na rede de apoio a essas mães e é importante que estejam preparados para, além de esclarecer dúvidas e orientar os familiares, oferecer o acolhimento e o cuidado demandados pelos que vivenciam esse sofrimento. (Lopes, p. 308, 2017).

Como é visto segundo Lopes (2017), a perda inesperada pode comprometer a afetividade, a cognição e o comportamento da mãe, gerando um sofrimento mental extenso. Podendo afetar diversas áreas de sua vida, como por exemplo a dificuldade de pensar em um futuro sem seu bebê. Logo, a mãe depois da perda necessitará de um apoio externo dos familiares e profissionais, devendo ter um diálogo e momentos afetivos ao seu sofrimento.

É de extrema importância o cuidado que os profissionais de saúde devem ter com seus pacientes enlutados, eles devem acolher a dor da mãe, dar informações sobre grupos de apoio e psicólogos para a pessoa.

Quando a criança morre finaliza-se o cuidado de saúde. Mas seria esperado o início de outro ciclo de cuidados, e nesse contexto, uma estratégia passível de ser pensada pelos serviços de saúde poderia ser a organização de grupos de apoio para mães que perderam filhos, possibilitando o compartilhamento de experiências e o apoio mútuo entre mulheres que vivenciam esse sofrimento. (Lopes, p. 311, 2017).

Seu trabalho tem um alcance importante, pois os profissionais de saúde precisam ser capazes de entender sobre a humanização do atendimento, eles precisam estar disponíveis para facilitar o caminho na rede de saúde, para assim, eles conseguirem dar um apoio adequado à família e à mãe que perdeu seu filho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo deste artigo, de conhecer na literatura a experiência materna perinatal de uma mulher que vivenciou o luto pela perda de um filho durante a gestação ou pós-parto e seus impactos foi identificado importantes contribuições de autores psicanalíticos que se desenvolveram temáticas do luto e seu processo com mulheres enlutadas. Assim, devido a tais leituras de autores que aprofundam sobre o funcionamento, causa e modo de enfrentamento do luto, foi possível desenvolver um referencial teórico com contribuições excelentes para especificar melhor sobre o luto de uma mulher devido à perda de um filho no período gestacional ou pós-parto.

Diante disso, foi possível ter acesso a elementos teóricos e práticos que mobilizaram uma reflexão no presente trabalho sobre o conceito de luto e suas etapas, complexidade e consequências. Há uma distinção entre o enlutamento normal e patológico, sendo de extrema importância haver uma elaboração psíquica sobre a perda do objeto perdido (bebê) e todo investimento emocional direcionado para este. A partir das contribuições foi visto, que o psiquismo da mulher ao perder um filho na gestação pode desencadear sintomas breves e duradouros

Deste modo, foi possível notar que a mulher que passa por esse processo necessita extremamente de uma rede de apoio que compreende de seus familiares e profissionais de saúde especializados, pois há certas especificidades presentes na mulher enlutada que precisam ser consideradas e trabalhadas para superação de tamanha dor. Pode-se notar, que vários autores destacaram que mães que passam por uma perda de um bebê podem se culpabilizar pelo ocorrido, evidenciada em uma degradação de uma autoimagem e incapacidade de gerar uma nova criança.

Todos esses aspectos revelam que é de extrema importância proporcionar um trabalho de cuidados médico, psicológico e social com mulheres que passam por essa perda para auxiliar a viver um processo de elaboração do luto

menos doloroso e a desenvolver um sentimento esperançoso, quanto a própria vida quanto a possibilidade de engravidar novamente.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, É. B. V. Considerações sobre a morte e o luto na psicanálise. **Revista de Psicologia da UNESP**, p. 13-24, 2013

CARVALHO, Fernanda Torres de; MEYER, Laura. Perda gestacional tardia: aspectos a serem enfrentados por mulheres e conduta profissional frente a essas situações. **Boletim de Psicologia**, v. 57, n. 126, p. 33-48, 2007.

COELHO FILHO, João Ferreira; DE ARAÚJO LIMA, Deyseane Maria. Luto parental e construção identitária: compreendendo o processo após a perda do filho. **Psicologia Argumento**, v. 35, n. 88, 2017.

EIZIRIK, C. L.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FREUD, Sigmund. **Introdução ao narcisismo**: Ensaio de metapsicologia e outros textos (1914- 1916). p. 171 - 194. São Paulo: Companhia das letras, 2010.

FREUD, Sigmund. Luto e melancolia. Tradução de Marilene Carone. Editora Cosac Naify, 2014.

IBGE. Taxa de mortalidade infantil. Gov.br, 2023. Disponível em: <<https://brasilensintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil.html>>. Acesso em: 5 dez. 2023.

KUBLER- ROSS, E. Sobre a morte e o morrer. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

LOPES, B. G. et al. A dor de perder um filho no período perinatal: uma revisão integrativa da literatura sobre o luto materno. **Revista Stricto Sensu**, v. 4, n. 2, 2019.

LOPES, Beatriz Gonçalves et al. Luto materno: dor e enfrentamento da perda de um bebê. **Rev Rene**, v. 18, n. 3, p. 3, 2017.

NASCIMENTO, K. C. L. **O processo do luto materno da perda perinatal**. Centro universitário Unifaat psicologia, [S. l.], p. 1- 38, 2021.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 1992. cap. Ansiedades específicas da grávidas, p. 21-49.

PASTOR MONTERO, Sonia María et al. A experiência da perda perinatal a partir da perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, p. 1405-1412, 2011.

A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E ORIENTAÇÃO SEXUAL NO BRASIL

Maria Clara Maniglia Ramos
Graduanda em Psicologia
Graduanda- Uni-FACEF
mariaclaramaniglia@gmail.com

Sofia Muniz Alves Gracioli
Doutora em Psicologia – USP
sofiagracioli@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A associação entre gravidez não planejada e a educação entre mulheres adolescentes. A ausência de informações sobre educação reprodutiva entre mulheres são as principais causas de uma gravidez não programada ou indesejada pelo casal ou somente pela mulher. A cada dez mulheres que não desejam engravidar, oito usam algum método contraceptivo.

A importância deste tema de artigo é a educação sexual ser um assunto recorrente ao longo dos anos, para que ocorra mais informações sobre educação sexual em lugares onde ocorrem muitas gravidezes e pouca prevenção.

O objetivo deste artigo é explorar as consequências de uma gravidez não desejada e investigar os fatores que levam mulheres adolescentes a engravidarem e o impacto sexual no processo.

A metodologia foi uma revisão bibliográfica crítica com uso de textos e artigos científicos da área de conhecimento.

2. OCORRÊNCIA DE GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA EM ADOLESCENTES.

Uma GNP (Gravidez Não Planejada) é aquela que ocorre por meio de um acidente e não era programado para aquele momento da vida da mulher

e do homem. Ela pode ocorrer por uma falha do Método Anticonceptivo (MAC) ou falta de seu uso (Silva et al, 2019). Muitas mulheres, principalmente as adolescentes, quando começam uma vida sexual não sabem o que é um método anticonceptivo, não possuem a informação de como usá-lo, essa falta de informação é devida principalmente à falta de uma boa educação sexual entre jovens, tanto do sexo masculino quanto feminino.

Os dados coletados na escola pesquisada relevam que 61% dos jovens tiveram sua primeira relação sexual entre os 12 a 24 anos. Ou seja, em relação à forma como esses jovens adquirem conhecimento sobre sexualidade, o que pode ser constatado tanto pela pesquisa de literatura, quanto pela própria pesquisa de campo, esses dados revelam que mais da metade dos adolescentes iniciaram sua vida sexual, majoritariamente, com conhecimentos adquiridos por conta própria, sem muita clareza dos cuidados que deveriam tomar. Entretanto, dentre os entrevistados, contou-se, ainda, que na faixa etária entre 12 a 24 anos o equivalente a 39% dos sujeitos não tiveram relação sexual (Florido, 2019, p. 12).

Uma gravidez engloba vários aspectos na vida de uma mulher, a sociedade, na maioria dos casos, resume a gravidez adolescente na mulher e o pai do feto, não olhando as várias outras variantes. Segundo Heilborn (1998) Quando se fala de uma gravidez na adolescência, não se deve recortar somente a mulher adolescente em si, e sim observar o impacto e o meio onde está mulher está inserida em aspectos familiares, econômicos, educacionais e sociais.

De acordo com Taborda et al, (2014) Gravidezes indesejadas são decorrentes da falta de conhecimento sobre preservativos e a precoce iniciação de uma vida sexual ativa. Adolescentes com um bom grau escolar e possuem uma vida sexual ativa apresentam a tendência de usarem preservativos na primeira relação e em todas as outras.

Uma gravidez não planejada principalmente no período da adolescência causa vários impactos não somente no aspecto pessoal da jovem, mas também a sua saúde e a saúde pública do Brasil.

Segundo Moccellini et al (2010. p. 1) “A gravidez na adolescência é um problema de saúde pública devido a alta ocorrência de morbi-mortalidade materna e infantil e por constituir um possível elemento desestruturador da vida das adolescentes”

De acordo com Monteiro; Vaz (2013, p. 3) A disponibilidade de centros de atendimentos voltados para a promoção da saúde da adolescente, ao planejamento familiar e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, com equipe médica multidisciplinar poderia levar à redução do risco da gestação na adolescência.

A classe social e o meio socioeconômico são levados em consideração quando tratamos da ocorrência das gravidezes e toda a infraestrutura que está criança terá quando nascer. Para Heilborn (1998) Gravidezes indesejadas acontecem em todos as classes e segmentos sociais; o modo em que esta pauta é discutida nas diversas classes mudam, principalmente pela realidade economia e educacional que essas pessoas se encontram.

O nível socioeconômico tem sido frequentemente descrito como um fator relacionado à ocorrência da gravidez na adolescência, no sentido de que as classes econômicas menos favorecidas vêm apresentando elevados índices deste evento. É sabido que a gravidez na adolescência gera consequências imediatas no emocional dos jovens envolvidos. Alguns sentimentos experimentados por estes jovens são: medos, insegurança, desespero, sentimento de solidão, principalmente o momento da descoberta da gravidez. No entanto, nem toda gravidez adolescente é indesejada. Em alguns casos, de adolescentes de classe socioeconômica elevada, pode ser resultado de planejamento prévio, decorrente de vida afetiva estável.

De maneira geral, a gestação na adolescência é classificada como de risco, pois representa uma situação de risco biológico (tanto para as mães como para os recém-nascidos), e existem evidências de que este fenômeno ainda repercute negativamente nos índices de evasão escolar (tanto anterior como posterior à gestação), impactando no nível de escolaridade da mãe, diminuindo suas oportunidades futuras. (Taborda et al, 2014, p.2).

As consequências de mulheres que engravidam na adolescência são várias, quando engravidam, elas modificam sua vida emocional, educacional, econômica e social (sendo uma das maiores preocupações dos profissionais), por essas razões, órgãos governamentais, profissionais da educação e saúde se preocupam com essas mulheres e o impacto causado em países de desenvolvimento e desenvolvidos (Monteiro; Vaz, 2013).

O fenômeno da gravidez adolescente, sendo um indicador da iniciação sexual das jovens, significaria a emergência de novos valores relativos à virgindade feminina na sociedade brasileira. Esta hipótese viria ao encontro de dados etnográficos já recolhidos em diversos trabalhos de orientação antropológica que têm assinalado o fato da virgindade estar perdendo o caráter hegemônico de significante da conduta moral feminina, verdadeiro divisor de águas entre as moças direitas e as "perdidas". Nesse sentido, conceder ter relações sexuais com um certo parceiro não mais seria garantia, como o fôra em tempos passados, de

“arranjar compromisso”. A gravidez poderia estar representando, portanto, uma espécie de ressemantização da dádiva, dádiva que ainda ordenaria a concepção de relações sexuais entre homens e mulheres. Estamos com isso tentando salientar que transformações ocorridas no campo da moral sexual nas últimas décadas da sociedade brasileira expressas nessa aparente liberalidade do exercício da sexualidade precoce, traduz apenas em parte uma modernização dos costumes, uma vez que não abandona de todo seu caráter tradicional de provável estratégia matrimonial ao alocar sobre a possível maternidade um apelo ao compromisso da aliança(Heilborn, 1998, p.9).

Além da educação sexual feita em escolas e serviços de saúde, a comunicação sobre o sexo e suas abrangentes com a família é fundamental. A importância dessa comunicação gera ao jovem uma confiança para articular sobre sua sexualidade, ter a liberdade para questionar como se contrai uma DST, como acontece a concepção de um feto, e principalmente as várias maneiras de prevenção de DSTs e gravidez (Taborda et al, 2014).

A gestação para uma mulher é considerada um momento de muitas descobertas e mudanças, tanto físicas quanto psicológicas. A ocorrência de uma gravidez não planejada para uma adolescente possui muito mais mudanças e desafios serem enfrentados se compararmos a uma mulher adulta e estável em aspectos financeiros e emocionais. O modo o qual uma gravidez é tratada em meios socioeconômicos e o apoio da família da gestante influenciam na maneira na qual a jovem passará pela gestação.

3. A ORIENTAÇÃO SEXUAL E SUAS CONSEQUÊNCIAS

A orientação sexual é uma pauta social que vem crescendo ao longo das gerações, mas infelizmente esse tipo de orientação não é fornecida para todo o seu público-alvo. Os jovens necessitam ter uma educação sexual para saberem dos seus corpos, como funcionam, como ocorre uma gravidez e como preveni-la, saberem dos métodos contraceptivos, como se prevenirem de doenças sexualmente transmissíveis principalmente, tirar suas dúvidas sobre o assunto.

O principal meio dos jovens obterem a orientação sexual começa

pelo meio educacional.

Segundo Altmann (2001, p. 1) “A escola é apontada como um importante instrumento para veicular informações sobre formas de evitar a gravidez e de se proteger de doenças sexualmente transmissíveis, chegando-se a ponto de afirmar que quanto mais baixa a escolaridade, maior o índice de gravidez entre adolescentes”.

De acordo com a Orientação Sexual no Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), casos de gravidez indesejada entre adolescentes e contaminação por HIV vêm crescendo, o tema de Orientação Sexual é um dos temas transversais que precisam ser trabalhados na escolarização de crianças e adolescentes. Cabe a escola e não só a família a desenvolver ações reflexivas, educativas e críticas para promover a saúde dessas crianças e adolescentes, sendo a Educação Física uma disciplina privilegiada para promover a orientação sexual. (Altmann, 2001).

Cabe a família junto com o ambiente educacional, mas infelizmente existem famílias onde esse assunto é considerado um tabu, e os jovens dessas famílias não possuem a devida orientação sexual, correndo um maior risco dos jovens contraiem DSTs e terem uma gravidez indesejada.

A atual inclusão da orientação sexual na escola é justificada pelo crescimento do número de casos de "gravidez indesejada" entre adolescentes e pela disseminação de casos de contaminação pelo HIV. Ainda que projetos individuais já fossem desenvolvidos por alguns/algumas professores/as no Rio de Janeiro, a partir de 1994, o tema torna-se uma questão escolar mais ampla para a Secretaria Municipal de Educação, devido ao aparecimento de casos de HIV na região de Copacabana, levando à criação do Projeto AIDS e a Escola, hoje extinto. (Altmann, 2003, p. 4).

Para Almeida et al, (2011) o educador deve ter um sério profissionalismo quando dará a orientação sexual aos jovens, esse tipo de pauta necessita de uma visão do senso comum, contudo uma temática de seus próprios valores e visão de mundo; o modo em que o educador irá explicar e reagir sobre sexualidade resultará em uma formação pessoal na vida dos jovens que receberem seu conhecimento.

O papel do educador é o de oferecer novos conhecimentos, experimentar questionamentos e possibilitar a interação de opiniões que favoreça as decisões individuais, oferecendo subsídios para o

crescimento por meio da busca da verdade. Nota-se então, que se o educador se propuser a ensinar certo ou errado, ele se colocará na posição de determinador da verdade, distanciando-se de seus alunos. (Almeida et al, 2011, p. 3)

A sexualidade, muitas vezes, se associa ao sexo e não ao que realmente é. Não que sexualidade abranja o quesito reprodução, mas vai muito além disso, mudando seu significado ao longo das gerações e vida do ser. Para Almeida et al, (2011) “A relação sexualidade *versus* reprodução pendura como um modo de pensá-la, não apenas como efeito ou produto final de outras instâncias, mas observável na prática sexual dos indivíduos, isto é, como comportamento ou atividade sexual”.

A sexualidade é o que há de mais íntimo nos indivíduos e aquilo que os reúne globalmente como espécie humana. Está inserida entre as "disciplinas do corpo" e participa da "regulação das populações". A sexualidade é um "negócio de Estado", tema de interesse público, pois a conduta sexual da população diz respeito à saúde pública, à natalidade, à vitalidade das descendências e da espécie, o que, por sua vez, está relacionado à produção de riquezas, à capacidade de trabalho, ao povoamento e à força de uma sociedade. (Altmann,, 2001, p.2)

Quando falamos sobre sexualidade, nosso senso comum sempre pensa em uma maneira associada ao sexo, mas na verdade, sexualidade é a maneira como o jovem enxerga o seu, os seus gostos sexuais. Sendo a sexualidade sempre enxergada como sexo, falar sobre sexualidade em âmbitos escolares e familiares muitas vezes é considerado como tabu, mas é preciso falar de sexualidade quando se falo orientação sexual.

A diferença entre sexo e sexualidade passou a ter outro sentido quando foi apontada é caracterizada a necessidade de desejo e de prazer. O sexo é a característica biológica, hereditária, que distingue fisicamente o homem da mulher e para o senso comum o sexo é visto como a relação sexual e os órgãos genitais. De modo predominante a sexualidade é interpretada como tudo que diz respeito à genialidade onde se confunde com sexo. (Almeida et al, 2011, p. 5).

Orientação sexual abrange muito mais coisas quem que o senso comum se aplica, entrando em meios de não somente uma gravidez indesejada em si, mas também a sexualidade de um jovem e como ele precisa ter uma orientação diferente daquele que possui uma sexualidade diferente dele. Portanto, a orientação sexual é fundamental para os jovens, de todas as idades e

todas as sexualidades.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral do presente trabalho foi explorar as consequências de uma gravidez não desejada, investigar os principais fatores que levam mulheres adolescentes a engravidarem e o impacto sexual no processo. Sendo assim, investigamos no presente artigo o que é uma gravidez indesejada, as principais razões delas acontecerem em maior número entre jovens, os aspectos que uma gravidez engloba na vida de uma adolescente, seu impacto nas áreas de saúde e socioeconômicas, os desafios que a jovem mãe terá de enfrentar.

Todas essas variantes trazem várias hipóteses, principalmente o questionamento do porquê do aumento de gravidezes indesejadas em adolescentes e de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs), seu principal motivo sendo da falta de incentivo das escolas de terem em suas grades curriculares a educação sexual para crianças e jovens. Sem uma orientação, em muitos casos, os adolescentes não recebem a devida orientação sexual e, quando começam a ter uma vida sexual e descobrirem sua sexualidade, acabam não usando preservativos

e cumprindo com os devidos cuidados, assim contraindo doenças e uma possível gravidez. O uso de preservativos é de extrema importância, pois é o único método contraceptivo que previne gestações e doenças, portanto, seu uso precisa ser incentivado para os jovens.

Concluindo, é totalmente válido dar a devida educação sexual para crianças e adolescentes, sendo ela principalmente no ambiente escolar, mas também no ambiente familiar. As famílias precisam ter uma certa abertura para falar com seus filhos e jovens parentes sobre essa pauta. Explicando a eles o funcionamento de seus corpos, a inserção de preservativos em seus corpos,

como ocorre uma gravidez e a contração de doenças.

Gravidezes indesejadas e orientação sexual para crianças e jovens são dois assuntos, duas pautas que nunca deixarão de ocorrer. A principal diferença que é possível perceber e dizer como essas duas pautas mudam de acordo com o passar das décadas.

Felizmente, a orientação sexual vem crescendo ao longo dos anos e sendo implantadas nas escolas; o número de gravidezes indesejadas vem diminuindo ao longo das décadas, principalmente pelo surgimento de métodos contraceptivos novos e pela orientação sexual crescimento no âmbito escolar e no âmbito da saúde, pois esse assunto é de extrema importância e preocupação para a área da saúde.

A perspectiva é que, pelo que vemos ao longo dos anos, que os jovens tenham grande repertório sobre essas duas pautas, e que saibam ter o devido cuidado para prevenir doenças e gravidezes indesejadas.

REFERÊNCIAS

Almeida SA, Nogueira JA, Silva AO, Torres GV. **Orientação sexual nas escolas : fato ou anseio ?** Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre (RS) 2011 mar; 32 (1):107-13. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/xntWgcRt7cnSJRvnkKNGKqN/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 8 maio.2023.

ALTMANN, Helena. **Orientação sexual em uma escola: recortes de corpos e de gênero.** Cadernos Pagu [online]. 2003, n. 21 [Acessado 12 Maio 2023], pp. 281-315. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-83332003000200012>>. Epud 23 Out 2006. ISSN 1809-4449. <https://doi.org/10.1590/S0104-83332003000200012>. Acesso em 12 maio.2023.

ALTMANN, Helena. **Orientação sexual nos parâmetros curriculares nacionais.** Dossie Gênero e Educação • Rev. Estud. Fem. 9 (2) • 2001. Disponível em :< <https://www.scielo.br/j/ref/a/PthD6cgdcDC7MMvJw5zxXDr/?l>>. Acesso em 8 maio. 2023

FLORIDO, C. C. M. **Adolescência, Sexualidade E Gravidez Não Planejada: Desafios E Consequências.** Mundo Livre: Revista Multidisciplinar, v. 5, n. 1, p. 3-26, 24 jul. 2019. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ah>

U KEwjDnfvb_6T-AhULq5UCHQ-

ODn4QFnoECBIQAQ&url=https%3A%2F%2Fperiodicos.uff.br%2Fmundolivre%2Farticle%2Fview%2F39974&usg=AOvVaw0HbYJuEoaaRV11G2DOcGMJ>. Acesso em 12 abril. 2023.

HEILBORN, M. L. **Gravidez na Adolescência: considerações preliminares sobre as dimensões culturais de um problema social**. In: VIEIRA, E. M., FERNANDES, M. E. L., BAILEY, P. e McKAY, A. (orgs.). Seminário Gravidez na Adolescência, Saúdedo Adolescente - Ministério da Saúde, Projeto de Estudos da Mulher/Family Health International, Associação Saúde da Família. Rio de Janeiro, p. 23-32, 1998. Disponível em:

<[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjb_OWzgKX-](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjb_OWzgKX-AhWXJrkGHWcNDEgQFnoECA0QAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.clam.org.br%2Fuploads%2Fpublicacoes%2FGravidez_na_Adolesc%25C3%25Anciaconsidera%25C3%25A7%25C3%25B5es_preliminares_.pdf&usg=AOvVaw3XTmJ3AJK4VMI5Pj sjOArb)

AhWXJrkGHWcNDEgQFnoECA0QAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.clam.org.br%2Fuploads%2Fpublicacoes%2FGravidez_na_Adolesc%25C3%25Anciaconsidera%25C3%25A7%25C3%25B5es_preliminares_.pdf&usg=AOvVaw3XTmJ3AJK4VMI5Pj sjOArb>. Acesso em 12 abril. 2023.

MOCCELLIN, Ana Silvia et al. **Efetividade das ações voltadas a diminuição da gravidez não planejada na adolescência**: revisão da literatura. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant, Recife, v. 10, n. 4, p. 407- 416, Out – Dez 2010.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/LG9dVpGgyfjx7zJM5GybzhP/?format=pdf&lang=p>>. Acesso em 12 abril. 2023.

MONTEIRO, Denise Leite Maia; VAZ, Raquel Ferreira. **Gravidez na adolescência**. Reunião anual da SBPC, 65^a.ed, Recife, p. 1-7, Jul 2013.

Disponível em:

<[https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj768LusqX-](https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj768LusqX-AhXZJbkGHT54BAIQFnoECAoQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.sbpcnet.org.br%2Flivro%2F65ra%2FPDFs%2Farq_2674_733.pdf&usg=AOvVaw217FsJaabAPv8xdp tWtMQG)

AhXZJbkGHT54BAIQFnoECAoQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.sbpcnet.org.br%2Flivro%2F65ra%2FPDFs%2Farq_2674_733.pdf&usg=AOvVaw217FsJaabAPv8xdp tWtMQG>. Acesso em 12 abril. 2023.

Silva MJP da, Nakagawa JTT, Silva ALR da, Espinosa MM. **Planejamento da gravidez na adolescência**. Cogitare enferm. 2019. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/59960/pdf>>. Acesso em 12 abril. 2023.

TABORDA, Joseane Adriana et al. **Consequências da gravidez na adolescência para meninas considerando-se as diferenças socioeconômicas entre elas**. Cadernos Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p 16 – 24, Mar 2014. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/drQRqXtKxwbYyV8gzFTwcQH/abstract/?lang=pt>>. Acesso em 12 abril. 2023.

DEPENDENCIA QUIMICA E A METANFETAMINA: Uma revisão dos tratamentos disponíveis

Miguel Dos Santos Carvalho
Graduando em Psicologia-Uni-Facef
Miguelsantos3890@gmail.com

Sofia Alves Muniz Gracioli
Professora – Uni-Facef – Doutora FFCLRP – USP
Sofiagracioli@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

A dependência química, se torna cada vez mais uma realidade para muitas pessoas, com cada vez mais tendo mais acesso e menos estigmas ao ato de usar entorpecentes, com isso a vida de muitas pessoas está sendo afetadas e demanda por tratamentos aumenta com o tempo, a dependência química, tem um aspecto único em sua condição, a condições química que alimentam o vício e tornando cada vez mais difícil o tratamento correto.

a dependência da droga ilícita conhecida como metanfetamina, é classificada farmacologicamente como sendo um estimulante do sistema nervoso central (SNC), muito potente e altamente viciante, partilhando também propriedades simpaticomiméticas. Cerca de 15 milhões de pessoas consomem regularmente metanfetamina, o que a torna a segunda droga ilícita mais utilizada pela população mundial, logo a seguir à cannabis.

A importância deste artigo se dá na demanda crescente da utilização de drogas ATS, é importante sempre estar revisando e analisando criticamente a disponibilidade de textos com base científica, para que profissionais ou pessoas que convivam com indivíduos que sofrem com a condição de dependência, tenham respaldo para o auxílio do tratamento no correto

O objetivo desse artigo explorar a dependência química com enfoque na utilização da metanfetamina e seus possíveis tratamentos.

Para tanto, adotou-se a metodologia de revisão bibliográfica crítica, utilizando-se de livros, obras e artigos que versam sobre o tema.

2. EPIDEMIOLOGIA

Desde sua descoberta, muitos já usavam a metanfetamina pelos seus efeitos de euforia. A utilização generalizada da metanfetamina teve início na Segunda Guerra Mundial, quando os soldados americanos, alemães e japoneses utilizaram esta droga de forma a incrementar a performance e a resistência em combate (Meredith et al., 2005). Cerca de 15 milhões de pessoas consomem regularmente metanfetamina, o que a torna a segunda droga ilícita mais utilizada pela população mundial, logo a seguir à cannabis. A disseminação do consumo de metanfetamina deriva largamente do seu potencial de produzir euforia, redução da fadiga com melhoria da performance, supressão do apetite com consequente perda de peso, associados a múltiplas interações com fatores psicológicos, biológicos, sociais e culturais (Kongsakon et al., 2005).

O uso ilícito da metanfetamina tem se tornado popular entre os jovens, além de que a maioria dos casos de uso tende a vir em conjunto com outras drogas. (Meredith et al., 2005)

Ao contrário da cocaína e heroína, que são derivadas de plantas e cuja síntese é complexa, a metanfetamina é preparada a partir de simples precursores químicos (Cho and Melega, 2002). Está pode desta forma ser facilmente fabricada em casa ou em laboratórios clandestinos de pequenas dimensões, sendo que os seus ingredientes primários podem ser encontrados em vários medicamentos não sujeitos a receita médica (Rawson et al., 2002). Sendo uma droga que tomou uma escala mundial pela sua facilidade, a predominância populacional assim como a na cocaína ainda se concentra em homens, normalmente sendo adolescentes e jovens adultos, principalmente nos pretextos de rave e outras festas, para estimular o prazer e a sensação.

Segundo um estudo desenvolvido por Copeland and Sorensen (2001), que compara os consumidores de metanfetamina com os de cocaína, é mais provável que os primeiros sejam soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana (VIH), homossexuais ou bissexuais e que se encontrem sob medicação psiquiátrica. (Evora apud copeland and Sorensen, 2001 p,9)

2.1. Contexto de uso

Noutro estudo concluiu-se que a depressão, a síndrome do déficit de atenção com hiperatividade, a fase maníaca da doença bipolar, a personalidade do tipo antissocial e a obesidade podem atuar como fatores de risco para o abuso de metanfetamina (Cretzmeyer et al., 2003). A questão da satisfação eufórica está muito relacionada ao uso de adolescentes e pessoas com algum tipo de comorbidade, além de entrarem no escopo, impactos psicológicos recentes como término de relacionamentos, luto estendido, e perdas financeiras.

Em um estudo realizado pela European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006, em escolas de Portugal, 6,5% já haviam utilizado cannabis, uma droga ilícita, enquanto 3,5% já haviam utilizado algum tipo de ATS, sendo assim o segundo tipo de droga mais utilizada em jovens. Sobre essas drogas também é utilizado o termo “drogas psicoestimulantes” que também engloba cocaína e outros tipos de ATS (Schifano et al., 2007). “Por este motivo faz parte das “Club Drugs”, classificação definida pela National Institute on Drug Abuse (NIDA) nos Estados Unidos da América (EUA), que engloba a metanfetamina, ecstasy, dietilamina do ácido lisérgico (LSD), ácido gammahidroxibutírico (GHB), quetamina e flunitrazepam”(National Institute on Drug Abuse, 2001)

Assim como Kongasakon, et al 2005 e o estudo realizado pela European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2006, analisaram os ATS vem logo após a cannabis de droga ilícita, quando juntos aos fatores químicos e sociais que Kongasakon ressaltar, foi observado, uma prevalência dela como “droga psicoestimulante”, disponível no mercado, a sua facilidade e acessibilidade, assim como os efeitos citados acima pelos autores, não é uma surpresa a sua epidemia.

3. METANFETAMINA

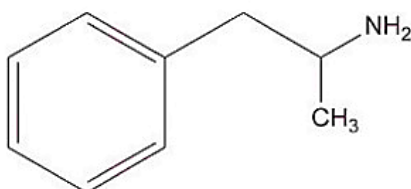
3.1. Formulação química

Alguns ingredientes como a efedrina e a pseudoefedrina estão presentes em alguns anti-tússicos, anti-histamínicos ou descongestionantes nasais (Prontuário Terapêutico, 2010) podem ser utilizados para a fabricação da droga em laboratórios clandestinos, assim a tornando de fácil de acesso

C₁₀H₁₅N é a fórmula química da metanfetamina, também conhecida por N, α dimetilfenetilamina, desoxiefedrina, metilanfetamina, fenilisopropilmetilamina, e por uma variedade de outros nomes sistemáticos semelhantes. Ela existe sob duas formas isoméricas, a dextro (d-) e a levo (l-), aparecendo estes como prefixos quando se quer destacar uma das formas isoméricas (Logan, 2002). A d-metanfetamina é a forma isomérica mais potente, sendo também a mais frequentemente encontrada no mercado ilegal (Rose and Grant, p 9, 2008).

Um dos métodos mais comuns de síntese consiste num processo simples de redução da efedrina ou da pseudoefedrina, utilizando o ácido hidriódico e o fósforo vermelho (Schifano et al., 2007). A fácil disponibilidade de ingredientes para a fabricação da droga, é o que a torna tão atrativa, sendo possível ser feita em laboratórios clandestinos e obtendo sua forma pura. adaptado de Sulzer, 2005

Amphetamine



Methamphetamine

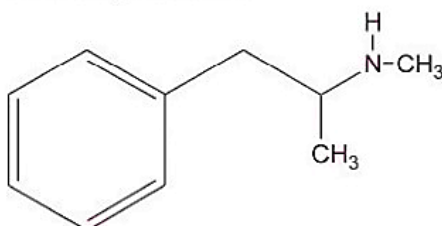


Figura 1. Comparação das estruturas químicas da metanfetamina e da anfetamina (adaptado de Kish, 2008).

A metanfetamina pertence à família da anfetamina logo, é natural que sejam estruturalmente semelhantes, sendo que apenas diferem num grupo metilo (figura 1). Este grupo metilo é responsável pela potenciação dos efeitos da metanfetamina, pois confere à substância maior lipossolubilidade.

Rose and Grant, 2008, cita uma comparação com a anfetamina e metanfetamina, ambas representadas em suas formulações químicas na figura 1, como a metanfetamina sendo um efeito mais potente no SNC, tendo euforia e anorexia e em contrapartida no SNP, temos um aumento na pressão arterial e frequência cardíaca. Kish, 2008 ressalta, mesmo tendo essa diferença os dois são altamente viciantes

3.2. Farmacocinética

Existem 4 tipos de ingestão dessa droga, os quais tem sua particularidade e devem ser levados em consideração, nasal pela forma de pó, intravenoso ou injetável, podem inaladas pela forma de fumo normalmente por cristais, pela forma de comprimido quando ingerida via oral. (McAvoy, 2009).

Quando injetada ou fumado, é possível alcançar um nível de sensação eufórica quase instantânea, que dura poucos minutos, também conhecido comum efeito “rush”, enquanto fumado, podemos alcançar um biodisponibilidade de quase 90% no sangue. (Kish,2008). Se utilizada em método nasal ou via oral, não se tem esse “rush” de prazer instantâneo, mas o efeito é estendido por mais tempos (Cho and Melega, 2002).

A metabolização ocorre em nível hepático, por hidroxilação aromática, N-desalquilação e desaminação, sendo após eliminada a maior parte pela via renal. (Logan, 2002).

O mecanismo de ação dos ATS envolve a libertação de monoaminas, que incluem a dopamina (DA), noradrenalina (NA) e serotonina (5-HT), aumentando as concentrações destes neurotransmissores na fenda sináptica (Barr et al., 2006). O principal mecanismo pelo qual os ATS atuam corresponde à entrada no terminal pré-sináptico com a redistribuição das monoaminas das

vesículas sinápticas para o citosol através do VMAT (vesicular monoamine transporter), seguido do transporte reverso 14 Figura 2. Mecanismo de ação do grupo dos ATS: 1- Redistribuição das catecolaminas das vesículas sinápticas para o citosol e o seu transporte reverso para a fenda sináptica através do VMAT; 2- inibição da recaptação das monoaminas; 3- diminuição da expressão dos DAT; 4- inibição da MAO; 5- aumento da expressão da tirosina hidroxilase (adaptado de Barr et al., 2006). “Como resultado destes múltiplos mecanismos farmacológicos, os ATS aumentam consideravelmente a concentração das monoaminas na fenda sináptica”. (Foley, 2005)

3.3. Efeitos causados pelo uso

Os efeitos no sistema nervoso provocados pelo uso da metanfetamina são tantos físicos como psicológicos, a anfetaminas tem efeitos parecidos, mas os causados pela metanfetamina são mais potentes por conta da alteração química. (Homer et al., 2008). Os efeitos físicos a curto prazo, se estendem a ativação acelerada do sistema parassimpático, dando sintomas como taquicárdica, tremor, hipertensão arterial, sudorese entre outros (Rawson et al., 2002 B). Em doses mais altas, pode causar náuseas vômitos, maxilares cerrados entre outros sintomas. (Schifano, et al., 2007).

Efeitos psíquicos, envolvem o “rush” inicial, euforia, aumento da libido, sensação de bem-estar, aumento da concentração e redução da fadiga. (Elkashef et al., 2008). Em doses mais altas, os usuários sofrem de agitação, déficit cognitivo, comportamentos agressivos. (Evora apud Murray, 1998) em episódios psicóticos agudos, Rose and Grant, 2008, citam insônia, paranoia e alucinações agudas, pela ação da metanfetamina nas áreas mesolímbicas e mesocorticais.

O consumo contínuo leva a tolerância, e efeitos irreversíveis no cérebro, com ênfase na atividade cognitiva, memória, atenção, além de psicose e insônia (Schifano, et al., 2007).

Como pode ser percebido pelos sintomas acima, a procura do uso da droga, se dá pelos seus efeitos psíquicos, que aumentam a busca por prazer

do indivíduo, Schifano e Elkashef, citam com detalhes os efeitos tanto físicos e psíquicos causados pelo uso.

3.4. Síndrome de Abstinência

O DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) descreve a abstinência de drogas classificadas como ATS, como presença de sintomas de humor disfórico, acompanhados por insônia ou fadiga, paranoias e agitação (American Psychiatric Association, 1994). Outros sintomas incluem procura da droga, delírios e agressividade (Rose and Grant, 2008).

A duração e severidade da síndrome de abstinência são influenciadas por fatores como a via de administração, a quantidade e pureza da metanfetamina, o consumo concomitante de outras drogas, a idade e a existência de co-morbilidades (Evora apud Zweben et al., 2004).

Além desses sintomas, destaca-se o risco elevado de suicídio, principalmente durante a síndrome de abstinência (Barr et al., 2006).

4.0 Opções de Tratamentos

Profissionais da saúde de todas as áreas devem lidar com a toxicodependência, por se tratar de um problema que afeta todas as esferas do indivíduo, com isso devem levar em consideração a cura e no tratamento de possíveis recaídas a longo prazo, dando atenção a minimizar danos causados pelo uso extensivo, com uma eficácia em seus serviços, prestando apoio e ajuda social a Familiares e pessoas próximas, prestando atenção a possíveis indivíduos de risco, assim facilitando um possível tratamento (Evora, 2011)

Aspectos essenciais para o facilitamento dos cuidados a adicção, são centros especializados, com acesso fácil e equipe de profissionais preparados para o atendimento e cuidados, assim facilitando o tratamento e adesão dos pacientes.

“Profissionais como psiquiatras, clínicos gerais, enfermeiros, psicólogos clínicos e assistentes sociais fazem parte integrante da referida equipa multidisciplinar”. (Evora p.19, 2011)

O uso de outras drogas além de metanfetaminas, baixa adesão, altas taxas de recaída, estão entre as maiores dificuldades do tratamento. (Rawson et al., 2002.)

Quando se trata das opções de tratamentos a dependência química, lidamos com estratégias limitadas, na farmacoterapia, não existe tratamento aprovado para dependência química de metanfetamina, o se dá em contrapartida ao álcool, tabacco e opioides. (Evora apud Vocci and Appel, 2007 e McAvoy, 2009).

A opção mais comum e mais indicada continua sendo a psicoterapia, com o foco estando sobre a terapia cognitivo-comportamental, musicoterapia e manejo de contingências (MC).

Por mais que a curto-prazo, mostre-se resultados visíveis, ainda existe uma grande taxa de recaídas por parte dos pacientes.

4.1 Farmacoterapia

Por mais que no método farmacoterapico ainda não exista medicamentos aprovados, existe uma demanda crescente sobre pesquisas, por possuir uma carência, quando comparado a cocaína e ecstasy (Schifano et al., 2007)

“É no sentido de complementar a psicoterapia que o desenvolvimento de meios farmacológicos se verifica essencial para que a terapia da dependência de metanfetamina seja mais completa e eficaz.” (Evora. P.32,2011)

No artigo apresentado por Evora, 2011 concluiu que quatro medicamentos se mostravam promissores ao tratamento, cloridrato de bupropiona conseguiu aumentar o número de semanas de abstinências e número de análises negativas a exames toxicológicos

No mesmo artigo a terapia de substituição da metanfetamina por d-anfetamina obteve uma menor taxa de abandono ao tratamento e um grau menor de dependência, a modalfina que também foi analisada não apresentou nenhuma melhora estatística que comprove seu uso, enquanto a naltrexona diminuiu os efeitos subjetivos da dependência química.

4.2 Terapia Cognitivo-Comportamental

A terapia cognitivo comportamental (TCC) auxilia na identificação do pensamento disfuncional, fazendo uma análise do indivíduo de uma forma

realista, visando e objetivando a melhora dos sentimentos e comportamentos. (Beck, 2013, Wright; Basco; Thase, 2008).

A consideração cognitivo comportamental sobre a adicção as drogas, ressalta a interferência do cognitivo, que o indivíduo aprende que o uso irá lhe trazer alívio e prazer durante situações de estresse, com a possibilidade de manter o comportamento e generaliza para outras situações. (Zanelatto e Laranjeira, 2013)

A TCC justifica a dependência química e recaída utilizando o modelo cognitivo de Beck, que refere no decorrer as experiências vividas durante a infância que corroboram para formação de esquemas, esquemas e condicionais. Crenças nucleares são interpretações rígidas que o indivíduo possui de si mesmo, dos outros ou do mundo, esquemas são regras adquiridas durante o desenvolvimento infantil do indivíduo que são atreladas as suas crenças nucleares (BECK, 2013, p. 219; RANGÉ; MARLLAT, 2008,)

Zanelatto e Laranjeira (2013) cita que as crenças antecipatórias estão presentes no início do consumo das drogas, em que o usuário pondera sobre a quantidade do consumo de drogas, e que usou somente o suficiente para aliviar e se sentir bem das situações chegando assim á fissura(craving) e crenças permissivas

De acordo com Diehl, Cordeiro e Laranjeira (2011), (craving) “fissura” não possui um conceito definido, se traduz para um desejo intenso ao consumo da droga e está relacionado a dependência. Ainda se trata de um termo em estudo para sua utilização.

Range, 2008 pontua que em qualquer tratamento básico de dependentes os terapeutas devem assegurar uma relação terapêutica através de um entendimento empático da questão do paciente. A conceituação do caso e a relação terapêutica formam uma chave importante para o tratamento, também ressalta a importância da compreensão de ações opositoras e autodestrutivas, avaliando suas crenças sobre a terapia.

Outro fator que ressalta em seu texto, é a importância de desenvolver técnicas de enfretamento, de forma que o paciente saiba lidar com situações gatilhos, além de registros diários sobre situações enfrentadas pelo paciente.

Range, 2008 continua a descrever os estágios da progressão do paciente em que cada um existem ações a serem tomadas pelo terapeuta, no estágio de pré-contemplação, o terapeuta devera instigar as dúvidas a acerca do uso, no estágio de contemplação é necessário que o terapeuta aponte a falta de equilíbrio, fornecendo razões para mudança, na preparação do estágio da ação, a tarefa do terapeuta, é auxiliar o paciente na escolha do melhor método para a mudança desejada ao paciente, no estágio da ação é desejável que o terapeuta, auxilia dando apoio ao paciente e se movimentar em rumo a mudança, no estágio da manutenção é importante que o profissional continue reforçando comportamentos benéficos, e que seja capaz de identificar estratégias para prevenir recaídas.

No caso de uma recaída o profissional deverá analisar se houve progresso no tratamento e dar a apoio ao reinício do tratamento. (Range apud Bandura ,1978)

Ao que se dá a psicoterapia na abordagem TCC, refere a uma visão fundamentada na mudança de comportamento, com base nas crenças nucleares dos indivíduos, ao analisar os métodos de tratamentos, temos uma resultados na retirada do uso das drogas, mas ainda com algumas margens para recaídas, Range, 2008 em sua revisão sobre o método, ressalta a importância da fidelidade paciente e terapeuta como ponto chave para a cura.

4.3 Manejos de Contingências

O procedimento da MC é fortemente embasado em pesquisas laboratoriais mostrando que a utilização de substâncias é sucessível as consequências decorrentes e que o comportamento de buscar tais componentes químicos é operante (Petry, 2011; Simões et al., 2021)

No método MC, as contingências são arranjadas para que emissão do comportamento acarreta uma consequência planejada pelo pesquisador que conduz a intervenção.

Em uma pesquisa realizada por Silva, 2023 a sua revisão pontua sobre a efetividade da MC em artigos selecionados, ressalta que por mais que alguns trabalhos em MC citam experiencias individuais e sociais, como importantes fatores, a grande maioria ainda volta o seu foco a tratar a relação uso de substância e comportamento desejado, como processo molecular, explicando-

as através de reforço e punição, que predomina a instalação de métodos comportamentais de abstinência.

Sendo tais pesquisas dotadas da maior rigidez metodologia, permitindo pouco espaço para inovação para inovação, assim ainda ressalta que menos da metade dos artigos analisados propôs algum método a longo prazo para o tratamento.

Silva, 2013 traz pontuações sobre a eficácia do tratamento no modelo de manejos de contingências, citando suas eficácias a curto que o tratamento reforçou os comportamentos de abstinência a curto prazo, mas que ao se tratar do cuidado a longo, poucos pesquisadores propuseram a levantar questionamentos e possíveis técnicas a recaídas.

4.4. Musicoterapia

Um método pouco utilizado por profissionais para o tratamento da dependência química, na dissertação de mestrado de Teixeira, 2019, realizou-se uma pesquisa, a qual obteve-se como resultados mostram uma eficácia no tratamento com musicoterapia receptiva a Mesa Lira, para diminuir os níveis de ansiedade dos pacientes, de desejo ao consumo, e com as crises de abstinência e principalmente na promoção do bem-estar decorrente do relaxamento.

Foi estabelecido um protocolo de 20 minutos por sessão de musicoterapia, podendo ser para menos.

2) o manuseio das cordas iniciava da parte superior do corpo (cabeça do participante) em direção à parte inferior (pés); 3) para melhor distribuição do som no corpo, didaticamente, o mesmo foi dividido em partes (cabeça/pescoço, tórax, abdômen, quadril, coxas, panturrilhas/pés), e em cada uma delas o som vibrava uma média de 15 segundos (importante frisar que essa distribuição foi apenas para facilitar a movimentação corporal do musicoterapeuta ao manusear o instrumento); 4) a cada 5 minutos de vibração corporal, o andamento do ritmo era diminuído, portanto se iniciava a uma velocidade próxima aos seguintes andamentos: Vivace – rápido e vivo (152-168 BPM), com o intuito de provocar uma maior movimentação líquida do corpo humano, causando uma homeostase no ritmo interno (Teixeira, P 51,52, 2013)

Em suas considerações finais Teixeira, 2013 ressalta a musicoterapia com aliada importante na adesão ao tratamento da dependência química, citando que encoraja locais que não oferecem ou já ofereçam a continuar com a adesão, pois a musicoterapia, oferece resultados que vão além

do controle da abstinência, mas sim do bem-estar de vida do indivíduo, além de que não oferece nenhum risco, desde que seja praticada por um profissional especializado.

A musicoterapia, mostra-se de grande auxílio para o tratamento da dependência, ainda mais quando associada a outros tipos de tratamento, nesse sentido, o texto de Teixeira, mostra em dados, a eficácia, ao utilizar métricas para medição de bem-estar e ansiedade, antes e pós as sessões.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a leitura dos textos, numa análise crítica da literatura, foi capaz de se perceber o tamanho da demanda e da complexidade do abuso de drogas, em especial com foco na metanfetamina, sendo um problema de saúde pública o abuso de drogas sendo um problema crescente.

A metanfetamina, por ser uma droga de fácil acesso, por seu baixo custo e vários métodos de uso, pode ser encontrada facilmente em festa e ambiente frequentemente por jovens-adultos, tem um peso social e individual, relacionado ao prazer e euforia, além da sensação de bem-estar, comumente sendo relativizados seus efeitos colaterais e alto nível de dependência.

Com isso, gostaria de ressaltar as conclusões que se obteve após a análise sobre o tratamento, mesmo com os avanços na área farmacológica, ainda não se tem nenhum medicamento aprovado para o auxílio do tratamento, mesmo que em dose baixas.

O que significa que as psicoterapias, continuam a ser a maior forma de tratamento, a MC, por mais que carrega consigo resultados, trata-se de uma técnica, com pouca maleabilidade e mudanças por parte dos profissionais, além de uma visão molecular sobre o problema de saúde pública que é o abuso de drogas.

A musicoterapia, oferece ferramentas excelentes para o controle de ansiedade e bem-estar, que são essenciais para a adesão do paciente, apesar que sempre deve estar associada a outras formas de tratamentos, o seu uso deve ser incentivado, para que possa ser criados espaços em que profissionais capacitados possam atuar junto a outros especialistas da saúde

A terapia cognitivo-comportamental, continua a ser o método mais utilizado nos tratamentos, com seu enfoque na alteração de crenças limitantes, e auxílio no controle do comportamento do paciente, utiliza do maior leque de técnicas e métodos, para fixar seu paciente a adesão a mudança de comportamento.

Quando se trata de questões de saúde pública, os tratamentos, possuem uma certa divisão, entre os métodos utilizados a combate às drogas, alguns utilizando, métodos proibicionistas e com enfoque na redução de danos, com isso devemos ressaltar a importância da união de métodos, e analisar a dependência química como um todo, resalta a importância de políticas públicas com enfoque na prevenção do uso, e como tratamento pontuo a importância, de analisar o caso como individual e único, tendo em vista que se trata de um paciente com suas próprias vivencias sociais e individuais.

Referencias

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. da S. O Modelo Transteórico no Tratamento da Dependência Química. Revista Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo, Brasil, v. 10, n. 1, p. 162–173, 2008. Disponível em: <https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/749>. Acesso em: 18 mar. 2024.

MEREDITH, Cw et al. Implications of chronic methamphetamine use:: A literature review. Harv rev psychiatry, Pubmed, p. 141-154, 13 jun. 2005.

SCHIFANO, Fabrizio; GIULIO, John cuffolo. Smokable ("ice", "crystal meth") and non smokable amphetamine-type stimulants: Clínicl pharmacological and epidemiological issues, with special reference to the uk. Annali Dell Istituto superiore di sanita: Pubmed, 2007.

TEIXEIRA, Andressa toledo; ALCÂNTARA-SILVA, R.t.; LOPES, E. Musicoterapia receptiva com a mesa lira no período de desintoxicação em dependentes químicos: Estudo randomizado controlado. 2019. Dissertação (Pós graduação em música e artes cênicas) - Universidade Federal de Goiás, [S. l.], 2019.

EVORA , Francisco miguel Henriques. Farmcoterapia da dependência de metanfetamina. 2011. Dissertação (Mestrado em farmacologia e terapêutica experimental) - IBILI da faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, [S. l.], 2011. Disponível em: Estudogeral.uc.pt/handle/10316/47994. Acesso em: 21 mar. 2024.

UNITED NATIONS (Vienna). Un office on drugs and crime. United nations office on drugs and crime: Anual report. 2007. United nations office on drugs and crime , United nations office on drugs and crime, p. 1-94, 22 maio 2007. Disponível em: <https://digitallibrary.un.org/record/597571>. Acesso em: 10 abr. 2024.

SERVIÇO DAS PUBLICAÇÕES DA UNIÃO EUROPEIA (Luxemburgo). Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. Relatório Europeu sobre Drogas: tendencias e evoluções. **Relatorio europeu sobre drogas** , [S. l.], p. 1 - 60, 8 maio 2024. Disponível em: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjM-sOHhf6FAxWjqJUCHXk4AuAQFnoECCYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fsystem%2Ffiles%2Fmedia%2Fpublications%2Fdocuments%2F14644%2F20222419_TDAT22001PTN_PDF.pdf&usg=AOvVaw3CxlBjyfYQgMmGFne9zP8b&opi=89978449. Acesso em: 6 mar. 2024.

KONGSAKON, R; PAPADOPOULOS, KI; SAGUANSIRITHAM, R. Mirtazapine in amphetamine detoxification: A placebo controlled pilot study. *International clinical psychopharmacology*, [S. l.], p. 1-45, 20 set. 2005.

RAWSON, RA et al. Status of methamphetamine users 2-5 years after outpatient treatment. *J. Addict dis*, [S. l.], p. 19-109, 21 jan. 2002. Disponível em: [Pubmed.ncbi.nlm.gov/11831496](https://pubmed.ncbi.nlm.gov/11831496). Acesso em: 3 abr. 2024.

RAWSON, RA et al. Treatment of methamphetamine use disorders: An update. *J. Subst abuse treat*, [S. l.], p. 50-145, 23 set. 2002. Disponível em: [Pubmed.ncbi.nlm.gov/12220612](https://pubmed.ncbi.nlm.gov/12220612). Acesso em: 3 abr. 2024.

CRETZMEYER, M et al. Treatment of methamphetamine abuse: Research findings and clinical directions. *J subst abuse treat*, Pubmed, p. 77-267, 14 mar. 2024. Disponível em: [Pubmed.Ncbi.nlm.nih.gov/12810148/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12810148/). Acesso em: 22 abr. 2024

LOGAN, BK et al. Methamphetamine: Effects on human performance and behavior. *Forensic Sci rev.*, Pubmed, p. 51-133, 14 fev. 2002. Disponível em: [Pubmed.Ncbi.nlm.nih.gov/26256490](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26256490). Acesso em: 25 abr. 2024.

Prontuário Terapêutico (2010) Ministério da Saúde, INFARMED.

MCAVOY, BR et al. Methamphetamine: What primary care practitioners need to know. *J prim health care* , Pubmed, p. 77-267, 1 set. 2009. Disponível em: [Pubmed.ncbi.nlm.gov/20690379](https://pubmed.ncbi.nlm.gov/20690379). Acesso em: 16 abr. 2024.

KISH, SJ. Pharmacologic mechanisms of crystal meth. *CMAJ*, Pubmed, p. 1-94, 17 jun. 2008. Disponível em: [Pubmed.ncbi.nlm.gov/20690379](https://pubmed.ncbi.nlm.gov/20690379). Acesso em: 16 abr. 2024.

BARR, AM et al. The need for speed: An update on methamphetamine addiction. *J Psychiatry Neurosci*, Pubmed, p. 1-54, 1 out. 2006. Disponível em: [Pubmed.ncbi.nlm.gov/1557685](https://pubmed.ncbi.nlm.gov/1557685). Acesso em: 16 abr. 2024.

Foley K (2005) Mechanism of action and therapeutic uses of psychostimulants. *Clinical Laboratory Science*.

HOMER, B. D. et al. Methamphetamine abuse and impairment of social functioning: A review of the underlying neurophysiological causas and behavioral implications. *Psychological bulletin*, [S. l.], p. 301-310, 22 abr. 2008.

ELKASHEF, A et al. Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: An update. *Subst abus*, [S. l.], p. 31-49, 29 abr. 2008. Disponível em: Ncbi.nlm.nih.gov. Acesso em: 17 abr. 2024

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th Edition. American Psychiatric Press, Washington.

VOCCI, FJ; APPEL, NM. Approaches to the development of medications for the tratament of methamphetamine. *Addiction*, [S. l.], p. 96-106, 10 abr. 2007

Beck, J. S. (2013). Terapia Cognitiva-Comportamental: teoria e prática. 2ª Ed. Porto Alegre. Artmed. 413 p

RANGÉ, B. P.; MARLATT, G. A.. Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas. **Brazilian Journal of Psychiatry**, v. 30, p. s88–s95, out. 2008.

Diehl, Alessandra; Cordeiro, Daniel Cruz; Laranjeira, Ronaldo. Porto Alegre; Artmed; 2011. 528 p.

ZANELATTO, N.; LARANJEIRA, R. (Orgs.). **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais: um guia para terapeutas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 682 p.

Petry, N. M., Alessi, S. M., Olmstead, T. A., Rash, C. J., & Zajac, K. (2017). Contingency management treatment for substance use disorders: How far has it come, and where does it need to go? *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8), 897.

SILVA, Carolina Pedrosa Barros et al. Manejo de contingências e redução de danos: Aplicações e implicações. *Manejo de contingências e redução de danos*, Universidade estadual de Londrina, p. 1-123, 14 dez. 2023

ROSE, Me; GRANT, Je. Pharmacotherapy for methamphetamine depedence: A review of the pathophysiology of the methamphetamine addiction and the teoretical basis and efficacy of pharmocotherapeutic interventions. *Ann clin psichiatry*, [S. l.], p. 55-145, 20 set. 2008.

NÍVEL DE ESTRESSE EM MÃES DE CRIANÇAS COM TEA: um comparativo entre o nível de estresse e o Nível de Suporte do filho

Stella Follis Camargo
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
stellacam.academico@gmail.com

Maria Cherubina de Lima Alves
Coordenadora do Núcleo de Práticas em Psicologia no Uni-FACEF
mcherubina@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

O estresse diz respeito à presença de uma condição em que há uma disparidade entre a demanda externa situacional e a compreensão do indivíduo sobre a capacidade de suportá-la e respondê-la. Desse modo, o entendimento subjetivo do indivíduo está interligado com o nível de estresse que a pessoa apresenta, no entanto, variáveis externas também podem estar relacionadas (Matsukura et al., 2007).

Quando a mãe ou o pai avaliam que não possuem recursos suficientes para lidarem com as exigências e demandas do papel parental, ocorre um fenômeno chamado estresse parental. Desse modo, fatores como as crenças e cogações dos pais, além dos fatores sociais, ambientais e subjetivos, influenciam no modo em como os pais avaliam seu papel e a adaptação da criança, podendo, assim, contribuir para o nível de estresse apresentado (Abidin, 1992).

Em um estudo realizado por Muller (2014), foi observável que mães de pessoas com TEA apresentaram baixas estratégias de *coping*, isto é, baixas estratégias de mecanismo de enfrentamento que permitem aos indivíduos pensarem em formas adaptativas de lidar com problemas. Ademais, neste mesmo estudo, verificou-se que as mães de crianças com TEA apresentaram nível de estresse mais elevados do que aquelas com filhos com desenvolvimento típico e indica que mais pesquisas na área sejam feitas.

De acordo com a *American Psychiatric Association* (2023), o Transtorno do Espectro Autista (TEA) se caracteriza como um transtorno do neurodesenvolvimento que apresenta características desde a infância e que afeta

áreas de autonomia, independência, realização de atividades diárias, habilidades sociais, limitando o desenvolvimento típico. O comprometimento da comunicação e na interação social é presente como característica principal, além de apresentarem comportamentos repetitivos e estereotipados e adesão inflexível (APA, 2023).

O transtorno supracitado é subdividido em Níveis de Suporte, que são classificados a partir dos graus de dependência em relação à presença de comunicação social funcional e repertórios comportamentais presentes ou não. Quando é estabelecido que a pessoa esteja no Nível 3 de Suporte, isso significa que é necessário apoio muito substancial para a realização da Atividades de Vida Diárias. O Nível 2 de Suporte necessita de apoio substancial, uma vez que a pessoa com autismo com este nível tem um repertório de independência maior do que o Nível 3, mas não chega ao Nível 1, uma vez que o apoio auxilia em maior comunicação, mas ainda há déficits, comportamentos inflexíveis, dificuldades em lidar com mudanças e comportamentos repetitivos. Já o Nível 1 exige apoio, no entanto é aquele que pode desenvolver mais autonomia dentro do espectro (APA, 2023).

Dessarte, é possível perceber uma relação entre a parentalidade e os níveis de estresse vivenciados. Mais ainda, uma relação com o papel social de mãe no cuidado com o filho e como, com estudos recentes, ela é ainda a principal cuidadora dos filhos. Além disso, as pesquisas demonstraram um aumento no nível de estresse de mães de filhos atípicos em comparação com mães de filhos típicos e, nesse ínterim, dentro do Espectro Autista, existem níveis de gravidade que podem comprometer mais ainda no desenvolvimento do indivíduo e exigem maior envolvimento parental e apoio. Assim, com a indicação de mais estudos na área do estresse maternal de mães atípicas, segue-se o presente artigo em foco na variável “Nível de Suporte”.

A relevância do presente trabalho é o fato de se permitir buscar compreensões acerca do cuidado de crianças atípicas, a saúde dos cuidadores e, especialmente, como o nível de independência das crianças afeta o nível de estresse das mães. Logo, será possível desenvolver discussões acerca das condições públicas de saúde mental, fornecimento de terapias para aumentar o nível

de independência de crianças com autismo e, substancialmente, atenção ao cuidado e à saúde dos cuidadores principais.

O estudo possui, como objetivo principal, investigar o nível de estresse de mães de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista, e correlacioná-lo com o Nível de Suporte da criança. Foi realizado por um delineamento transversal, visando compreender acerca do nível de estresse de mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista e relacioná-lo com o Nível de Suporte dos filhos de 4 a 8 anos, por meio de instrumentos validados cientificamente. A amostra do estudo é de 20 mães e 20 crianças, e foi selecionada em uma clínica de psicologia particular especializada em Análise do Comportamento Aplicada ao Autismo (ABA), no interior de São Paulo. Foram recrutadas mães cujas crianças realizavam terapias na instituição.

Nesse contexto, foram utilizados instrumentos validados cientificamente, a fim de tratar somente questões relevantes para a pesquisa de forma respeitosa e com a maior fidedignidade possível. Assim, utilizou-se o Inventário de Sintomas de Estresse (ISSL-R) de Lipp e Guevara (2022), Catálogo de Avaliação de Independência de crianças de 4 a 8 anos nas Atividades de Vida Diárias (AVDs) (Matsukura, Marturano, 2001), além de um questionário sociodemográfico. Para que os objetivos sejam cumpridos, o método de análise será o estatístico de correlação, que permite analisar o grau de relacionamento entre duas variáveis e o quanto uma variável afeta outra, podendo-se discutir os resultados com um contexto (Guimarães, 2017).

2. ESTRESSE, MATERNIDADE E PARENTALIDADE ATÍPICA

O conceito de estresse tem sido estudado e modificado durante as décadas, pois esse fenômeno vai além de apenas fatores biológicos, mas também cognitivos e emocionais (Araldi-Favassa; Armiliato e Kalinine, 2005). Sob a esteira desse raciocínio, há diversos fatores que determinam o modo em que os agentes estressores vão atuar no organismo, um desses é a interpretação na qual o sujeito realiza acerca da situação estressora, caso o sujeito interprete que não possui recursos para lidar com uma circunstância, os efeitos do estresse são mais nocivos,

mas caso o indivíduo entenda que possui recursos suficientes para lidar com a situação, os efeitos são mais amenos (Filgueiras, Hippert, 1999). Entretanto, é possível afirmar que os efeitos do estresse são nocivos, dado que pode acarretar diversos prejuízos, tanto biológicos quanto comportamentais e diminuir o bem-estar social e a qualidade de vida do indivíduo estressado (Santos; Faro, 2016).

A partir disso, é necessário estudar acerca de alguns estímulos estressores, os quais desencadeiam as reações de estresse. Nesse viés, a parentalidade se caracteriza como um destes, devidas as mudanças existentes e a fase de adaptação dos recursos internos dos pais com as necessidades da criança. Uma vez que os pais entendem que os recursos que possuem não são suficientes para a criação do filho, reações de estresse são desencadeadas, podendo ser um fator de risco tanto para os pais, quanto para o desenvolvimento da criança (Santos; Faro, 2016). Assim, a confiança que os pais possuem em seus recursos, bem como as crenças de autoeficácia positivas são necessárias no momento da parentalidade, uma vez que são fatores de proteção ao estresse (Karst; Hecke, 2012 apud Müller, 2014).

Nesse viés, quando se trata da parentalidade de uma criança com Transtorno do Espectro Autista, estressores além do fato de ser um evento de adaptação com a chegada de uma criança, há também o processo de adaptação e aceitação do diagnóstico, além da necessidade de lidar com as características do transtorno, como a dificuldade com atividades sociais, necessidade de disponibilidade física, emocional e de tempo para o auxílio na realização de tarefas e manejo de crises (Ferreira, 2022).

2.1. Conceitualização do Estresse

Segundo Filgueiras e Hippert (1999), o conceito de estresse perpassa por várias fases de mudanças. Desde puramente biológicos até um conceito mais universal, o significado de estresse vem sendo discutido no meio científico. Em termos biológicos, o estresse se manifesta através da Síndrome Geral da Adaptação (SGA), que altera órgãos linfáticos, causa úlceras gastrointestinais, dilata o córtex

suprarrenal e outras alterações. Após estudos no meio da psicologia, o conceito de estresse abrangeu outras informações, como um “[...] conjunto de reações e estímulos que causam distúrbios no organismo, frequentemente com efeitos danosos” (Filgueiras; Hippert, 1999, p. 41).

Seguindo a linha de raciocínio supracitada, o funcionamento do agente estressor ocorre quando há um aumento na excitação de percepção de estímulos que gera uma perturbação da homeostase pelo aumento de secreção de adrenalina, cortisol e noradrenalina, produzindo manifestações sistêmicas, biológicas e psicológicas (Margis et al., 2003). Nesse viés, a integração do conceito biológico e psicológico é abrangido na medida em que:

[...] o termo em inglês stress, que vem da mecânica, já encerra ambigüidades que não foram contornadas na conceituação biológica. Em primeiro lugar, o termo pode ser entendido como uma força exercida sobre um corpo que tende a deformar-se, ou como a intensidade dessa força. Pode também ser entendido como uma tensão mental ou física, a urgência ou a pressão que a causa. Assim, observa-se que o mesmo termo refere-se tanto à causa quanto ao efeito (Castiel, 1994 apud Filgueiras; Hippert, 1999, p. 46).

Dessarte, o estresse compreende não só aspectos internos ou externos, mas sim a relação entre os dois, referindo-se, portanto, tanto à causa quanto ao efeito. Assim, é uma relação entre as circunstâncias do ambiente em que a pessoa vive e está inserida, com a forma como a pessoa interpreta tais aspectos como uma ameaça, abrangendo o conceito por um modo biopsicossocial que compreende a participação do indivíduo no aumento do estímulo estressor. Logo, há atividades mentais em parte racionais, em parte emocionais não necessariamente conscientes que estão relacionadas ao estresse, e isso vai auxiliar no modo em que o sujeito irá enfrentar a situação concomitante a outras variáveis, como a novidade da situação, previsibilidade do ocorrido e a intensidade (Filgueiras; Hippert, 1999).

Por conseguinte, o estresse é um quadro de distúrbios emocionais e físicos que alteram o equilíbrio interno do organismo e é provocado por diversos tipos de fatores. De acordo com Bauer (2002), 90% da população é afetada pelo estresse, que não é considerado uma doença, mas uma forma de adaptação e proteção do corpo contra agentes estressores, como uma resposta ao perigo e ocorre quando mecanismos cognitivos ativam o sistema nervoso central. Logo, de acordo com a Teoria Clássica do Estresse proposta por Hans Seyle, o estresse é

dividido em três estágios: alarme, adaptação ou resistência e exaustão. Portanto, a fase de alarme é identificada quando o organismo está pronto para ação, seja ela de luta ou de fuga, por isso desencadeia respostas fisiológicas adaptadas a tal feito. A fase de adaptação ou resistência consiste na redução dos danos causados pela fase de alarme por meio de respostas hormonais, já a fase de exaustão é um esgotamento devido ao estresse recorrente e pode causar doenças (Hans Seyle, 1976 apud Bauer, 2002).

A interação entre o meio interno e externo ao indivíduo, bem como suas percepções quanto a sua capacidade de resistência é a resposta ao estresse, que pode ser compreendida em aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos, portanto tais aspectos buscam propiciar uma percepção mais realista das demandas, um processamento mais rápido de informações disponíveis, buscando soluções e preparando o organismo para a reação (Margis et al., 2003). Outrossim, há o *coping*, que é um "[...] conjunto de mecanismos de que o organismo lança mão em reação aos agentes do estresse, representando a forma como cada pessoa avalia e lida com estas agressões" (Filgueiras; Hippert, 1999, p. 41). Assim, a partir do modo em que o sujeito interpreta a situação estressora, pode haver mecanismos, como o *coping*, que auxiliam o modo de pensamento e os recursos intra e interpessoais que promovem estratégias de controle do estresse. De acordo com Müller (2014), há tipos de *coping*: o de evitamento ativo, o qual se caracteriza pelo uso de substâncias, auto culpabilização e exteriorização inadequada das emoções; o focado no problema, em que o sujeito planeja, procura ajuda e toma decisões para resolver o problema; o positivo, em que o indivíduo utiliza humor, aceitação e apoio emocional e o de negação, o qual o sujeito se isola e busca religiões ou finge que o problema não existe.

De acordo com Santos e Faro (2016), o estresse pode acarretar diversos prejuízos no indivíduo, tanto em níveis comportamentais, quanto em níveis de saúde, podendo diminuir o bem-estar social e a qualidade de vida do indivíduo estressado. Assim, é necessário mapear e estudar os estressores na vida do ser humano, bem como a interpretação de cada sujeito acerca destes. Ademais, as demandas entendidas e percebidas pelo sujeito como excedentes aos recursos psicofísicos que existem no repertório do momento do indivíduo, sejam esses

internos ou externos, desencadeiam a reação adaptativa do estresse. Sendo assim, a percepção cognitiva da situação é ligada intrinsecamente ao nível de estresse (Lazarus; Folkman, 1984 *apud* Faro et al., 2019).

2.2. Estresse e Parentalidade de Crianças Autistas

A parentalidade é um dos eventos que se constitui como um potencial estressor na vida de um indivíduo e pode ser um fator de risco para o bem-estar e o desenvolvimento infantil. Sob a esteira desse raciocínio, o desequilíbrio desadaptativo que ocorre quando um pai ou uma mãe percebem a insuficiência de seus recursos para lidar com as exigências do papel parental se configura como o estresse parental. Dessarte, as crenças e os pensamentos dos pais são fundamentais na determinação da adaptação e dos comportamentos da criança, além do modo como os pais avaliam os benefícios e danos do papel parental possui correlação significativa com o nível de estresse que apresentam, apesar de haver outras variáveis (Santos; Faro, 2016).

Assim, afirma-se que o estresse parental é derivado de reações adversas acerca das exigências da parentalidade, sendo essas reações experimentadas por sentimentos negativos em relação à criança ou a si próprio (Deater-Deckard, 1998 *apud* Müller, 2014). Portanto, o conjunto de fatores relacionados aos pais, ao contexto e à criança, dependendo da interpretação acerca da funcionalidade do papel parental, intensidade, número de situações estressantes e percepção dos recursos disponíveis para lidar com elas, é o quanto o estresse afeta psicologicamente e fisicamente o indivíduo que está experimentando a parentalidade (Abidin, 1990). Os maiores índices de estresse são identificados em pais de filhos com alguma condição clínica. Como agravantes do estresse parental, encontram-se a falta de trabalho remunerado e poucas atividades de lazer. Nesse contexto, no entanto, ter uma criança com problemas de saúde, alguma deficiência ou transtorno não quer dizer que o estresse parental seja diretamente proporcional, dado que depende de como os pais percebem os desafios que as condições os encarregam, portanto os recursos de enfrentamento que as famílias possuem são

diversos (Slopper et al., 1991; Canning; Harris; Kelleher, 1996 apud Matsukura et al., 2007).

A confiança que os pais apresentam em suas habilidades e seus recursos para lidarem com as demandas da parentalidade se constitui na autoeficácia parental. Nela, instituem-se as crenças de competência que, se interpretadas de forma realística e saudável, pode tornar o fenômeno da parentalidade mais eficaz. Todavia, em mães de crianças com TEA, as crenças de autoeficácia se mostram mais comprometidas, uma vez que os déficits na comunicação da criança dificultam a compreensão do que elas precisam, diminuindo, assim, o entendimento de confiança nas próprias habilidades maternas (Karst; Hecke, 2012 apud Müller, 2014).

O processo de adaptação da família diante de um diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista pode ser um estressor, pois atividades sociais de algum modo são prejudicadas e há uma dedicação necessária intensa, extensa e de longo período. As características do TEA exigem alta disponibilidade física e emocional dos cuidadores, e as famílias que possuem uma criança com TEA estão mais sujeitas a crises de estresse, depressão e ansiedade, pois o transtorno tem um caráter vitalício. Assim, há uma probabilidade de sobrecarga emocional que pode causar impacto na qualidade de vida dos familiares, principalmente em mães que, culturalmente, assumem o papel de cuidadoras principais (Ferreira, 2022). Nesse sentido, “[...] as avaliações subjetivas de cada cuidador que determinam as respostas às demandas. Essas avaliações, por sua vez, são influenciadas por diversas variáveis” (Matsukura et al., 2007, p. 416).

De acordo com Alves, Gameiro e Biazi (2022), os familiares de crianças com autismo estão em um ambiente de constante crise, já que os filhos interferem no modo em que o papel de pais se dá, assim, o desenvolvimento emocional dos membros pode ser mais dificultado. Desse modo, os cuidadores de crianças com autismo possuem maior risco de estresse parental do que pais de crianças com outro transtorno do desenvolvimento, ou crianças sem transtornos; destarte, em um estudo de revisão da literatura realizado por Alves, Gameiro e Biazi (2022), aponta-se grande prevalência da fase de estresse de resistência e exaustão em mães de crianças com TEA, corroborando com a literatura que aponta que essa

população sofre com um fator de risco estressor. Na esteira desse raciocínio, acerca do estresse familiar e a gravidade do autismo:

[...] os níveis de gravidade para transtorno do espectro do autismo podem impactar a qualidade de vida das famílias e da criança, pois os pais percebem que prejudica suas interações sociais, ocasionando o preconceito e o isolamento da própria família devido aos comportamentos desafiadores da criança (Ferreira, 2014, p. 20).

Nesse viés, os níveis de necessidade da criança afetarão a dinâmica familiar, uma vez que estes indicam a extensão da demanda por cuidados cotidianos, acompanhamentos terapêuticos intensos e políticas públicas que nem sempre são satisfatórias ou cumpridas. Logo, os sintomas de acordo com a gravidade são bem diversificados e podem sofrer alterações durante o desenvolvimento humano, que podem gerar estresse na medida em que pais se autoavaliem como incapazes de lidar com as demandas (Ferreira, 2014). Ademais, como o transtorno impacta na rotina da família, os pais consideram que as maiores dificuldades presentes são a falta ou prejuízo na interação e restrição da família em atividades de lazer, viagens e atividades sociais. Além disso, as demandas de cuidado intensivo fazem com que algumas famílias passem por problemas conjugais, sobrecarga de um dos membros, estresse parental, impacto nos irmãos, dificuldades financeiras e isolamento. Então, a família precisa passar por diversas alterações no seu funcionamento pela necessidade de cuidado integral com a criança, uma vez que os filhos com TEA sofrem com dificuldade no controle dos impulsos, prejuízo no julgamento de perigo e comportamentos autolesivos em alguns casos (Faro et al., 2019).

Em um estudo de Müller (2014), verificou-se que o estresse parental é mais elevado em mães de crianças com TEA em comparação com mães de crianças com desenvolvimento típico, os estressores envolvidos são, principalmente, as características da criança em conjunto com características pessoais maternas. Dessarte, Muller (2014), afirma que as mães de crianças com Transtorno do Espectro Autista tendem a considerar e interpretar que os filhos são mais agitados e distraídos, possuem pouca maleabilidade a adaptação de mudanças, necessitam de mais atenção, são mais exigentes e correspondem menos às expectativas, o que se torna compreensível de acordo com os critérios diagnósticos do transtorno. Ademais, a respeito das características maternas, as mães de crianças com

Transtorno do Espectro Autista se percebem com menos suporte social, maior isolamento de relações sociais e mais vulneráveis a problemas de saúde físicos.

3. O TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

O termo “autismo” foi cunhado, pela primeira vez, em 1908 por Paul Eugen Bleuler, ele descrevia crianças cujo comportamento se parecia à esquizofrenia (Liberalesso; Lacerda, 2020). A raiz da palavra vem do grego *autos*, que significa “de si mesmo”, ou “em si mesmo” (Araújo et al., 2022). Em 1943, Leo Kanner fez a primeira descrição clínica do transtorno do espectro autista através de um trabalho intitulado como “As perturbações autísticas do contato afetivo”, nesse trabalho, foram descritas 11 crianças que eram consideradas “comuns”, mas isoladas do mundo e com obsessões por constância, a partir do trabalho de Kanner sobre a ausência emocional dos pais no comportamento autístico, foi difundido o termo “mãe geladeira” que, atualmente, não está mais em vigor pela falta de evidências e culpabilização materna. Nesse ínterim, o pediatra austríaco Johann Hans Friedrich Asperger, em 1944, descreveu em sua obra “A psicopatia autista da infância” características semelhantes dos pacientes de 1943 de Kanner com função cognitiva menos prejudicada e linguagem superior (Freitas; D’avis; Batista, 2022).

Atualmente, a versão vigente do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais é o DSM-V-TR (2023). De acordo com o manual, o Transtorno do Espectro Autista se caracteriza como:

A. Déficits persistentes na comunicação social e na interação social em múltiplos contextos, conforme manifestado por todos os seguintes aspectos, atualmente ou por história prévia [...]: 1- Déficits na reciprocidade socioemocional, variando, por exemplo, de abordagem social anormal e dificuldade para iniciar ou responder a interações sociais. 2- Déficits nos comportamentos comunicativos não verbais usados para interação social, variando, por exemplo de comunicação verbal e não verbal pouco integrada a anormalidade no contato visual e linguagem corporal ou déficits na compreensão e uso de gestos, a ausência total de expressões faciais e comunicação não verbal. 3 – Déficits para desenvolver, manter e compreender relacionamentos, variando, por exemplo, de dificuldade em ajustar o comportamento para se adequar a contextos sociais diversos a dificuldade em compartilhar brincadeiras imaginativas ou em fazer amigos, a ausência de interesses por pares. B. Padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades, conforme manifestado por pelo menos dois dos seguintes, atualmente ou por história prévia [...]: 1 –

Movimentos motores, uso de objetos ou fala estereotipados ou repetitivos [...]. 2- Insistência nas mesmas coisas, adesão inflexível a rotinas ou padrões ritualizados de comportamento verbal ou não verbal [...]. 3 – Interesses fixo e altamente restritos que são anormais em intensidade ou foco [...]. 4 – Hiper ou hiporreatividade a estímulos sensoriais ou interesse incomum por aspectos sensoriais do ambiente [...]. C. Os sintomas devem estar presentes precocemente no período do desenvolvimento [...]. Os sintomas causam prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo no presente. E- Essas perturbações não são mais bem explicadas por transtorno do desenvolvimento intelectual [...] ou por atraso global do desenvolvimento [...]. (*American Psychiatric Association, 2023, p. 56-57*).

Ademais, dentro da classificação do Transtorno do Espectro Autista, deve-se caracterizar e aferir o nível de gravidade do transtorno (nível de necessidade de suporte ou nível de suporte). Esses, são definidos como: Nível 1 é denominado como “Exigindo Apoio”, sendo que na ausência de apoio apresenta dificuldade para iniciar interações sociais, respostas atípicas a aberturas sociais, interesse reduzido em interações, apesar de formular frases, pode apresentar falhas comunicativas; o comportamento inflexível causa interferência no funcionamento, há dificuldade em trocar de atividade e problemas no planejamento são obstáculos para a independência. O nível 1 é aquele que pode desenvolver mais a autonomia dentro do espectro. O Nível de Suporte 2 é caracterizado por “Exigência de Apoio Substancial”, ou seja, sem apoio, há déficits graves na comunicação social, os prejuízos sociais são aparentes mesmo com apoio, limitação a iniciar interações, comportamento inflexível, dificuldade em lidar com a mudança, comportamentos repetitivos já parecem óbvios a um espectador e há sofrimento e dificuldade de se manter o foco ou ações. O Nível 3 se caracteriza como “Exigência de Apoio Muito Substancial”, portanto há déficits graves nas habilidades de comunicação social, grande limitação em dar início a interações, a resposta a aberturas é mínima, o comportamento é inflexível, há extrema dificuldade em lidar com a mudança, os comportamentos repetitivos interferem no funcionamento em todas as esferas e há sofrimento e dificuldade em mudar o foco (*American Psychiatric Association, 2023*).

De acordo com Dan Bai et al. (2019), o TEA possui origens genéticas e ambientais, principalmente em relação à vida intrauterina do feto, cerca de 80% do transtorno é causado por origens hereditárias, mas há algumas influências genéticas não hereditárias envolvidas que podem estar associadas com variações de genes. Influências fenotípicas maternas têm sido mensuradas, como o nascimento pré-termo, parto cesariana e o quociente de inteligência materno, compartilhamento de

ambientes com outros indivíduos com o Transtorno do Espectro Autista, no entanto, as evidências que apontam para tais fatos ainda são fracas. O estudo conclui que o fator de risco mais proeminente para a ocorrência do TEA está interligado com a genética herdada -73,9% de influência, o ambiente não compartilhado (qualquer fator ambiental que faça um gêmeo diferente de outro, como margem de erro) também possui grande influência na presença ou não do transtorno, neste caso, genes não herdados que ocorrem a partir de mutações – cerca de 26% de influência. Ademais, concluiu-se que efeitos maternos no ambiente intrauterino (1,2%) são mínimos na ocorrência, ou seja, não há fortes evidências que comprovem a associação na amostra estudada.

Nesse contexto, o diagnóstico do Transtorno do Espectro Autista é clínico e considerado complexo, uma vez que os níveis de suporte podem ser mascarados e camuflados por aprendizados sociais, além da necessidade de um diagnóstico diferencial minucioso. Fazem parte do diagnóstico do TEA a avaliação comportamental detalhada, entrevista minuciosa com responsáveis ou indivíduo adulto, caso esteja em busca de diagnóstico tardio. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-V, 2013) deve ser utilizado como ferramenta para a avaliação diagnóstica como embasamento teórico, não sendo somente a utilização dele suficiente para diagnosticar, uma vez que outros aspectos, como a experiência prática do profissional, sejam também de grande importância. Outro aspecto que dificulta o diagnóstico do TEA é que cerca de 85% dos casos possuem comorbidades com outros transtornos, como depressão, epilepsia, esquizofrenia Transtorno por Déficit de Atenção e Hiperatividade, Transtorno Opositor- Desafiador, deficiência intelectual e outros. Por conta dessas comorbidades, os sintomas podem se mesclar, dificultando-se, assim, o diagnóstico de TEA (Freitas; D’Avis; Batista, 2022).

De acordo com *Centers of Disease Control and Prevention* (2023) e Paiva Jr. (2023), nos Estados Unidos, 1 em cada 36 crianças são diagnosticadas com autismo, o que se refere a 2,8% da população. Se esse número fosse correlacionado a população brasileira, significaria que cerca de 5.683.750 brasileiros seriam diagnosticados com TEA, de acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, censo de 2022 (IBGE, 2022). Dessarte, é registrado um aumento nos casos de autismo nos últimos anos, em 2000, havia um autista para

cada 150 crianças examinadas, mantendo-se o número em 2002. A partir de 2004, os números foram aumentando e, em 2014, atingia 1 a cada 68 crianças, tendo uma prevalência de 1,47%. Pela prevalência estar aumentando, há a hipótese de que seja uma epidemia, mas para se afirmar isso, teria que se confirmar que os diagnósticos clínicos estejam sendo feitos de forma ética e minuciosa (Almeida; Neves, 2020).

Sendo assim, é um transtorno que exige um cuidado integral, tanto dos cuidadores principais, quanto de profissionais especializados e da comunidade. As dificuldades do transtorno se agravam quando são associados a processos cognitivos prejudicados, uma vez que o baixo funcionamento intelectual pode acarretar comportamentos interferentes, como agressividade, dificuldade com lidar com situações novas, baixo desempenho escolar e aumento no nível de dependência de outras pessoas (Faro et al., 2019).

4. METODOLOGIA

Esta pesquisa é exploratória e utilizou de abordagem quali-quantitativa para análise de dados a partir do preceito estatístico de correlação, o qual permite identificar a natureza profunda da realidade e sistemas de relações (Esperón, 2017). Portanto, se justifica uma vez que, se identificadas correlações entre a gradação do Nível de Suporte da criança com o Nível de Estresse materno, é possível desenvolver discussões acerca de maior apoio social e propostas de políticas públicas assistenciais mais direcionadas à maternidade atípica, e caso não ocorra, será possível investigar, no contexto, por uma análise qualitativa, os resultados. A pesquisa foi realizada em uma clínica particular especializada em atendimento em Análise do Comportamento Aplicada (ABA) para o autismo no município de Franca/SP, com a anuência da responsável técnica.

No momento da coleta de dados, 53 crianças eram atendidas na clínica, sendo os pacientes compostos por crianças, adolescentes, adultos, com atrasos no desenvolvimento, Transtorno do Espectro Autista, Deficiência Intelectual e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Portanto, pensando no público-alvo da pesquisa, a proposta almejava a integração de 20 mães e 20 crianças.

Houveram, durante a fase de coleta, a participação de 02 mães e 02 crianças que não entraram para a análise da pesquisa por não atingirem o critério de inclusão. Foi possível a integração de 20 mães biológicas cujas crianças de idade entre 4 e 8 anos possuam diagnóstico do Transtorno do Espectro. Também integraram a pesquisa 20 crianças de 4 a 8 anos que sejam filhos das mães participantes até o momento.

Os materiais utilizados para a coleta de dados foram o *Inventário de Sintomas de Estresse (ISS-R)*, de Lipp e Guevara (2022) e o *Catálogo de avaliação do nível de independência de crianças de 4 a 8 anos nas Atividades de Vida Diária (AVDs)* (Matsukura; Marturano, 2001), além de um Questionário Sociodemográfico composto por 12 perguntas.

O *Inventário de Sintomas de Estresse (ISS-R)* (Lipp; Guevara, 2022) foi utilizado na pesquisa de Matsukura et al. (2007) e foi escolhido pois possui validade estatística para uso clínico e experimental, e visa identificar se há indícios de estresse, o tipo de estresse (psicológico ou físico) e a fase estressora que se encontra (alerta, exaustão e resistência), validando, portanto, que o estresse possa ser apresentado tanto na área cognitiva quanto somática. Como o instrumento permite identificar o estresse materno, foi um inventário aplicado com as mães.

O *Catálogo de avaliação do nível de independência de crianças de 4 a 8 anos nas Atividades de Vida Diária (AVDs)* é utilizado para aferir o nível de independência da criança, sendo que este é avaliado através de quatro categorias: higiene, alimentação, vestuário e habilidades de comunicação (Matsukura; Marturano, 2001). O AVDs foi aplicado pela pesquisadora nas crianças participantes e, caso a criança não apresente a comunicação em forma de linguagem verbal requerida pelo instrumento, algumas questões a serem preenchidas serão apresentadas às mães ao final das questões. A aplicação dos critérios de pontuação permite estabelecer o nível de independência da criança – Independente, Semi-Independente ou Dependente - em relação ao desenvolvimento normal esperado em sua faixa etária.

Por fim, foi utilizado também um questionário sociodemográfico contendo 12 questões que deverão ser respondidas pelas mães, as quais envolvem:

nome, o Nível de Suporte do filho, estado civil, faixa socioeconômica, idade, escolaridade, número de filhos, quantos destes são atípicos, quantas pessoas são residentes na casa e ocupação. A pesquisa passou pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Franca – Uni-FACEF visando garantir que os devidos cuidados éticos para pesquisas com seres humanos sejam cumpridos, foi aprovada pelo Parecer Consubstanciado número 6.508.725, emitido no dia 16 de novembro de 2023.

O recrutamento das mães foi feito individualmente nos horários de entrada ou saída do atendimento da criança, nesse momento foi explicado o objetivo da pesquisa, procedimento, duração, ausência de ônus, riscos, possibilidade de desistência e sigilo. Também foram tiradas todas as dúvidas e entregue o TCLE. A partir do aceite, as crianças filhas das mães que assinaram o Termo de Consentimento foram chamadas, ao final do atendimento, para receberem as informações referentes à pesquisa em conjunto com a entrega do Termo de Assentimento, que foi assinado na presença da pesquisadora pois em alguns casos poderia haver dificuldades de interpretação, motoras ou necessidades de instruções mais intrusivas. Com os Termos de Consentimento e Assentimento assinados, começou a entrega dos instrumentos para as mães, informações acerca de dúvidas e avaliação de habilidades a partir do Catálogo de AVDs pela pesquisadora, quando necessário.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir dos dados coletados, a amostra selecionada foi composta por 20 mães de crianças com autismo, foram cotados, a partir das tabelas referentes aos instrumentos, o Nível de Estresse e o Nível de Suporte do filho, chegando ao resultado das seguintes variáveis observáveis:

Tabela 1- dados observados Nível de Estresse x Nível de Suporte

Nível de Estresse	NS1	NS2	NS3	Total Geral	%
01 - grave	2	7	0	9	45%
02 - moderado	2	4	0	6	30%
03 - leve	0	1	1	2	10%
04 - não aplicável	0	2	1	3	15%
Total Geral	4	14	2	20	100%

Fonte: o Autor

Com base nos dados observados, foi realizado o teste de Qui-Quadrado (χ^2), o qual tem por finalidade estudar como uma variável afeta outra, podendo discutir o resultado com o contexto. Foi observada uma associação pouco significativa ($p=0.359905$), e estabeleceu-se os valores esperados para o teste, chegando ao resultado de χ^2 igual a 8,095238. A partir do cálculo de graus de liberdade, adotando o nível de significância ($X^{2\alpha}$) a 10%, pôde-se concluir que o valor de $X^2 > X^{2\alpha}$, portanto aceita-se H_0 , ou seja, aceita-se a hipótese de que as variáveis estudadas “Nível de Estresse” e “Nível de Suporte” são independentes, dessarte, não há correlação.

Tal resultado está em consonância com Filgueiras e Hippert (1999), os quais afirmam que o estresse não diz respeito somente à variável externa, mas sim ao modo como o indivíduo interpreta a variável: se é como ameaça ou não. Desse modo, uma vez que as variáveis Nível de Estresse e Nível de Suporte do filho não são correlacionadas, é possível interpretar que o modo como a mãe percebe o nível de suporte irá interferir nos níveis de estresse, independentemente do nível de dependência, ou seja, na população pesquisada, uma mãe que interpreta um Nível de Suporte 1 – mais independente- como um fator de risco, pode ter um nível de estresse maior do que uma mãe de criança Nível de Suporte 3 – mais dependente-, que interpreta a situação como pouco estressante.

Entretando, é possível observar dados referentes à porcentagem de estresse nas mães em relação aos dados obtidos, uma vez que são possíveis de

discutir a partir de uma perspectiva qualitativa. Seguindo esse raciocínio, percebe-se a tabela a seguir:

Tabela 2 - Porcentagens com referência ao Nível de Estresse

Nível de Estresse	Nível de Suporte			Total Geral
	1	2	3	
01 - grave	22%	78%	0%	100%
02 - moderado	33%	67%	0%	100%
03 - leve	0%	50%	50%	100%
04 - não aplicável	0%	67%	33%	100%
Total Geral	20%	70%	10%	100%

Fonte: o Autor

A partir dos dados supracitados, é possível observar que dado que o Nível de Estresse materno seja não aplicável, ou seja, mães que não têm estresse, não houve participantes cujos filhos eram Nível de Suporte 1, no entanto, 67% eram Suporte 2 e 33% eram Suporte 3. Isso significa que mais mães Nível 2 não tiveram estresse, enquanto nenhuma mãe do Nível de Suporte 1 esteve sem estresse. Isso vai contra o que a literatura nos conta para essa população, uma vez que o Nível 1 é o com mais probabilidade de atingir a independência, portanto não são tão dependentes da mãe, entretanto, não houve mães sem estresse para esta população. Seguindo esse raciocínio, dado que o estresse seja leve, nenhuma mãe era de uma criança Nível de Suporte 1, e os dados ficaram distribuídos entre mães de suporte 2 e 3, indicando novamente o fato que por mais que o nível 1 tenha mais independência, isso não significou que a mãe tivesse menos estresse.

Entretanto, também é notório que em níveis moderados de estresse, os resultados ficaram concentrados em mães de crianças com o Nível de Suporte 2, sendo 78% das mães de nível 2, com independência mediana, mas ainda com problemas comportamentais e de habilidades sociais, estando em nível de estresse grave, em exaustão. No entanto, é possível perceber que a quantidade de mães de crianças Nível de Suporte 1 em estágio de estresse moderado e grave é maior do que em estresses inexistentes ou leves, enquanto a quantidade de mães de crianças Nível de Suporte 3, mais dependentes, em estado moderado ou grave, diminuiu. Tal dado pode ser explicado uma vez que a amostra de mães de crianças com Nível de Suporte 1 = 4; Nível de Suporte 2 = 14 e Nível de Suporte 3 = 2 (Tabela 1). Portanto,

a amostra para se analisar os Níveis 1 e 3 foi relativamente pequena se comparado ao Nível 2, não tendo uma aproximação comparativa.

Por outro lado, a literatura acerca do estresse demonstra que, por mais que a amostra não tenha sido comparativa em termos quantitativos, uma explicação para os resultados de estresse referentes ao Nível de Suporte díspares da literatura, seja a qualidade interpretativa do estresse. De acordo com Lazarus e Folkman (1984) *apud* Faro *et al.* (2019), o estresse ocorre quando o indivíduo percebe que as demandas externas esgotam seus recursos internos para lidar com a situação, logo a percepção cognitiva de um estímulo é ligada intrinsecamente ao nível em que o estresse é apontado. Logo, a variável concreta do Nível de Suporte pode ter interpretações variadas e subjetivas, portanto Níveis de Estresse diferentes.

Além disso, de acordo com a Tabela 1, apenas 15% das mães pesquisadas não possuem estresse, 10% estão classificadas com estresse leve, 30% com estresse moderado e 45% com estresse grave. Consoante a literatura pesquisada, esses resultados apresentam que a maioria das mães de crianças com autismo pesquisadas estão em níveis moderados e graves de estresse. Segundo Karst e Hecke (2012) *apud* Müller (2014), como fator de proteção ao estresse, há a crença de autoeficácia, quando o indivíduo confia em suas habilidades para lidar com as situações adversas. No entanto, mães de TEA as possuem de maneira diminuída, por conta dos déficits de comunicação funcional das crianças e as crises que ocorrem frequentemente. Ademais, Alves, Gameiro e Biazi (2022) indicam que o ambiente em que os familiares e os principais cuidadores de crianças com TEA vivem está em constante crise, afetando o estado emocional da família. Assim, os cuidadores de TEA estão em maior risco de estresse parental do que pais de crianças neurotípicas ou com outros transtornos. Os mesmos autores apontam que há uma grande prevalência da fase de estresse de resistência e exaustão em mães de crianças com TEA, o que está em consonância com o presente estudo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levando em conta as discussões bibliográficas e a análise de dados, o objetivo do estudo, o qual foi investigar o nível de estresse de mães de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista, e correlacioná-lo com o Nível de Suporte da criança, foi levado em conta, a fim de estruturar o trabalho e suas conclusões. Apesar de a análise estatística de correlação ter dado negativo para a relação de causalidade entre as variáveis, tal resultado pôde ser respaldado qualitativamente, uma vez que a literatura aponta que o estresse possui um viés interpretativo para os estímulos, portanto, passa por um crivo subjetivo dos indivíduos. Logo, o estresse é uma variável que não depende somente do contexto externo, como as variáveis objetivas que influenciam o ambiente, mas sim depende de relações internas ao indivíduo, que pode interpretar situações como esgotantes, não obtendo-se recursos para lidar, ou não. A partir disso, estudos que levam em conta o estresse poderão ter um caráter mais qualitativo, a fim de avaliar a subjetividade dos participantes.

Ademais, a partir da literatura consultada, pôde-se observar que a parentalidade é um fenômeno que pode ser estressor, a fim dos pais interpretarem sua atuação como não suficiente, além das mudanças na rotina, nos papéis que os indivíduos passam a ter e nas responsabilidades. Em contrapartida, a parentalidade atípica pode ser ainda mais estressora, por conta da falta de suporte social, a demanda de crises, rotinas assíduas, falta de informação e interpretação da demanda do sujeito. Para o autismo, não seria diferente: as mães, cuidadoras culturalmente principais, de crianças com autismo, de acordo com a bibliografia, sofrem mais estresse do que mães de crianças típicas ou de crianças com outras deficiências ou transtornos. A partir do dado dessa pesquisa, pôde-se observar, em relação à literatura, níveis de estresse altos, visto que os resultados apresentam 45% das mães participantes com nível de estresse grave, 30% moderado e apenas 15% sem estresse, sendo essas, em sua maior parte, mães de crianças com Nível de Suporte 1 e 2.

Durante a presente pesquisa, foram encontrados obstáculos no que se refere à sistematização de dados que primordialmente são subjetivos, a fim de realizar correlações estatísticas, além da amostra ser, em sua maior parte, de mães de crianças de Nível de Suporte 2, sendo necessária uma amostra mais variada a fim de cumprir com os objetivos quantitativos vigentes. Entretanto, tal dado

demonstra a necessidade de maiores pesquisas na área, além da construção de instrumentos mais específicos para mensurar o estresse na parentalidade atípica.

A partir deste, foi depreendida a importância da visualização dos cuidadores de crianças com Transtorno do Espectro Autista, diante dos desafios necessários para se conviver com qualidade a partir das características do transtorno. É necessário investigar, explorar e intervir, a fim de entender determinantes para a melhoria da qualidade de vida, visto ao nível de estresse vivido, além de investigar acerca das interpretações subjetivas e de *coping* desses sujeitos, para que mecanismos de enfrentamento sejam divulgados e redes de apoio acionadas a partir da visibilidade em estudos, a fim da promoção da qualidade de vida dessas pessoas.

Para tanto, espera-se que em pesquisas futuras acerca do assunto sejam realizados instrumentos cada vez mais fidedignos e específicos, a fim de mensurar as variáveis com maior efetividade, além de que a saúde dos cuidadores principais de pessoas com Transtorno do Espectro Autista seja visível e investigada, para que não seja negligenciada e sim tratada a partir dos vieses subjetivos de cada indivíduo.

REFERÊNCIAS

ABIDIN, Richard. The determinants of parenting behavior. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(4), p. 407–412, 1992. Disponível em: <https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2104_12>. Acesso em 12 abr. 2023.

ALMEIDA, Máira Lopes; NEVES, Anamaria Silva. A Popularização Diagnóstica do Autismo: uma Falsa Epidemia? *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 40, p. 1-12, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/WY8Zj3BbWsqJCz6GvqGFbCR/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em 5 out. 2023.

ALVES, Julia Secatti; GAMEIRO, Ana Cristina Polycarpo; BIAZI, Paula Hisa Goto. Estresse, depressão e ansiedade em mães de autistas: revisão nacional. Revisão nacional. *Rev. psicopedag.* São Paulo, v. 39, n. 120, p. 412-424, 2022. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-84862022000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 out. 2023.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**: DSM-5-TR. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

ARALDI-FAVASSA, Celí Teresinha; ARMILIATO, Neide; KALININE, Iouri. Aspectos fisiológicos e psicológicos do estresse. **Revista de psicologia da UnC**, v. 2, n. 2, p. 84-92, 2005. Disponível em:

<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/33838983/Estresse__Aspectos_Fisiologicos_e_Psicologicos_do_Estresse-libre.pdf?1401560028=&response-contentdisposition=inline%3B+filename%3DAspectos_Fisiologicos_e_Psicologicos_do.pdf&Expires=1697384250&Signature=B82jkigtpsZQfbLWnO3wBgoWmby6XFEdm4jbSolhAwOlwancZuYROFq5alrNzcLCIC5s88OJbIKK41NnpZ2vDu3WtCJYwJlmy8iYDhLGOYvCbnFNd0lomSyWGSIBXlpqVJwvi2z2CgifregvmzX4TIsNSi1Atj4kp9DHF or4UkFRjpoduotPJT57aYw2DOm~6aOuFqZEP3Uph7aaPWW1pDQnkNX9Ks6IBE4L8PfxexGZ7K3NQ9HaCwPKAu9dl5aalVjAEzZI2DpUjWQ2Q4ZgOdoPNiClciEbkYb~rrj fJ6~8m~p7kEcWDdX2eFQpJHOyj2PIEpTE2LxMXvHuw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA>. Acesso em 15 out. 2023.

BAI D, Yip BHK; WINDHAM GC, et al. Association of Genetic and Environmental Factors With Autism in a 5-Country Cohort. **JAMA Psychiatry**. 2019; v. 51. p. 1035–1043. Disponível em: <<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/2737582>>. Acesso em: 29 dez. 2023.

BAUER, Moisés Evandro. Estresse. **Ciência hoje**, Rio Grande do Sul, v. 30, n. 179, p. 20-25, 2002. Disponível em:

<https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/53819926/Artigo-Estresse-libre.pdf?1499713369=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DArtigo_Estresse.pdf&Expires=1696371411&Signature=X18muPBEej6twg6EN4ACDwOimBVpleP4oxzyBrWr3Weur0~luPS2pwp6rE-8yHrxdrXbVtelI9JNnF8ogL6GFWGVTDUPQuQeCWQlrdHNXCfSwAt8Hn9EWA26y s1gdipY6RcU~~PvBR7YnkE4nls7Tyz0IHlxuQcnX7YHub4va0jxX6TXLHcmsSPPtMP L0G2kzsiAQHMZiKdoRVkZJXWW8crlWPAI5hUc8RLDfzhvXOfnp7j9SeycPN9FEzD-zZ7pp0QjrF-ftWLKONJTTC8LkxsDEf9EbvOUD3bNwqoiJhdRGIokzkVPsEDIQwITW0PumLpiB2 dJog4Q~iwDCDaZw__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA>. Acesso em 3 out. 2023.

Centers for Disease Control and Prevention. **Data & Statistics on Autism Spectrum Disorder**. Online. Abril, 2023. Disponível em:

<<https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>>. Acesso em 20 out. 2023.

ESPERÓN, J. M. T. Pesquisa Quantitativa na Ciência da Enfermagem. **Escola Anna Nery**, v. 21, n. 1, p. e20170027, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ean/a/6c6QJ6BLDW3YRjFzfXwMMkC/#>>. Acesso em 16 mar. 2024.

FARO, Kátia Carvalho Amaral et al. Autismo e mães com e sem estresse: análise da sobrecarga materna e do suporte familiar. **Psico**, v. 50, n. 2, p. e30080-e30080, 2019. Disponível em <<https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/30080/pdf>>. Acesso em 3 out. 2023.

FERREIRA, Maria do Socorro Amaral. **Estresse parental em familiares de crianças diagnosticadas com Transtorno do Espectro Autista (TEA)**. Orientador: Lorrana Caliope Castelo Branco Mourão. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Psicologia, Centro Universitário Christus, Fortaleza, 2022.

Disponível em: <<https://repositorio.unichristus.edu.br/jspui/handle/123456789/1569>>. Acesso em 19 out. 2023.

FILGUEIRAS, Julio Cesar; HIPPERT, Maria Isabel Steinherz. A polêmica em torno do conceito de estresse. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 19, p. 40-51, 1999. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pcp/a/KMQrgcHvVCfMF9KjmwPp3yG/?format=htm>>. Acesso em 13 out. 2023.

FREITAS, Ana Cláudia Barretto Urquiza; D'AVIS, Beatriz Vilar; BATISTA, Bianca Eduarda Matos. Transtorno do espectro autista: caminhos para o diagnóstico. **Caderno Discente**, v. 7, n. 1, p. 12-18, 2022. Disponível em: <revistas.esuda.edu.br>. Acesso em 5 out. 2023.

GUIMARÃES, Paulo Ricardo B. Análise de Correlação e medidas de associação. **Curitiba: Universidade Federal do Paraná**, p. 1-26, 2017. Disponível em: <<https://rogeriofvieira.com/wp-content/uploads/2016/04/correlacao3.pdf>>. Acesso em 16 mar. 2024.

LIBERALESSO, Paulo; LACERDA, Lucelmo. **Autismo: compreensão e práticas baseadas em evidências**. [livro eletrônico] / Curitiba: Marcos Valentim de Souza, 2020. Disponível em: <<http://mid.curitiba.pr.gov.br/2021/00312283.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2023.

LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. **Inventário de sintomas de estresse para adultos de Lipp: Revisado (ISSL-R) – Manual Técnico**. 1.ed. p. 96. São Paulo: Editora Nila Press, 2022.

MARGIS, Regina et al. Relação entre estressores, estresse e ansiedade. **Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, p. 65-74, 2003. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rprs/a/Jfqm4RbzipJhbxskLSCzmgjb/?lang=pt>>. Acesso em 13 out. 2023.

MATSUKURA, Thelma Simões et al. Estresse e suporte social em mães de crianças com necessidades especiais. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 13, n. 03, p. 415-428, 2007. Disponível em <http://educa.fcc.org.br/scielo.php?pid=S141365382007000300008&script=sci_abstract>. Acesso em 27 mai. 2023.

MÜLLER, Catarina Pizarro Pardal Ribeiro. **Perturbações do espectro do autismo na criança: percepção materna do stress parental e do impacto do problema na família**. Orientadora: Salomé Vieira Santos. 2014. 192 p. Tese de Doutorado – Terapia Ocupacional, Universidade de Lisboa, Portugal, 2023. Disponível em <<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/15412>>. Acesso em 29 mai. 2023.

PAIVA, F. Junior. **Prevalência de autismo: 1 em 36 é o novo número do CDC nos EUA**. Canal autismo, 2023. Disponível em: <www.canalautismo.com.br/noticia/prevalencia-de-autismo-1-em-36-e-o-novonumero-do-cdc-nos-eua>. Acesso em: 11 out. 2023.

SANTOS, Ariane de Brito; FARO, André. **Estresse parental**: Revisão sistemática de estudos empíricos. 2016. Disponível em: <<https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/1908>>. Acesso em 3 out. 2023.

O LUTO NA VISÃO PSICANALÍTICA: breves considerações a partir da teoria das posições de Melanie Klein

Carolina Gonçalves de Oliveira Escavassini
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
carolinaescavassini@gmail.com

Irma Helena Ferreira Benate Bomfim
Docente – Uni-FACEF
irmabenate@facef.com.br

1 INTRODUÇÃO

Não há outra certeza presente na vida humana senão a morte. Todavia, falar sobre a morte, perdas e frustrações ainda é algo incomum em nossa sociedade. Fala-se muito em vida, em bem-estar e quase nada sobre a morte e o processo de perda, o luto.

O luto faz parte da dinâmica das relações humanas em dois polos da nossa existência: a vida e a morte. Ele é caracterizado por uma perda de um elo significativo entre a pessoa e o objeto (Cavalcanti, 2013).

Numa visão psicanalítica, o conceito de objeto envolve pensá-lo nas relações humanas. Embora a psicanálise tenha foco na dimensão intrapsíquica, há o olhar intersubjetivo e como se desdobram as relações objetais a partir daí. O processo de luto nesse sentido não se limita a morte apenas, mas no enfrentamento das inúmeras perdas reais e simbólicas ao longo do desenvolvimento humano. (Cavalcanti, 2013).

O presente artigo propõe-se a analisar a perspectiva do luto sob o olhar psicanalítico a partir das contribuições de Melanie Klein e a sua teoria para a caracterização do luto. A pesquisa se justifica pela relevância acadêmica do tema quanto na preparação para futura prática clínica no âmbito da psicologia. A metodologia utilizada é uma revisão bibliográfica, analisando livros e artigos científicos relacionados ao tema.

A forma como o ser humano enfrenta o processo de luto diante de uma perda está inteiramente ligada à forma como se dá sua relação com o seu objeto

interno ao longo de sua existência. Nesse sentido, a psicanalista Melanie Klein trouxe grandes contribuições para a psicanálise a partir da teoria das posições esquizo-paranoide e depressiva.

No desenvolvimento de sua técnica voltada para crianças, Klein buscou viabilizar uma forma de acessar o inconsciente das crianças através do brincar, do lúdico, da interpretação de suas fantasias e angústias. Inovou no sentido da análise infantil, ao invés da associação livre, no brincar na clínica analítica e que a partir daí seria possível acessar suas fantasias inconscientes.

Embora o objeto do presente trabalho seja a visão de Melanie Klein, não há como compreender, ainda que brevemente, o conceito de luto na visão da psicanalítica sem pincelar a respeito do que Freud escreveu em seu texto *Luto e Melancolia* (1915) e bem como o conceito de luto primário e originário.

2 CONSIDERAÇÕES DE LUTO NA VISÃO DE FREUD

Ao investigar sobre o conceito de luto na visão freudiana, merece destaque o texto escrito em 1915 em que Freud conceitua o luto como algo relacionado à reação de perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que ocupa seu lugar. Ainda, diferenciou a melancolia como relacionada a um abatimento doloroso, um desinteresse pelo mundo e a perda de capacidades emocionais. (Freud, 1915).

É nítido que o processo de luto tem momentos melancólicos, de tristeza profunda, de falta de interesses na vida cotidiana, principalmente em situações em que o objeto perdido ainda se mostra muito presente.

Embora o luto possa ter traços ligados à melancolia, Freud pontua que a autoestima nesse último é que os diferenciam, já que ali a autoestima não é afetada. Para o autor, no luto não há que se falar em inconsciente, é consciente, tendo em vista que a pessoa sabe o que perdeu. Nessa linha, o exame da realidade mostrou que o objeto amado já não mais existe e exige que toda libido seja retirada

de suas conexões com aquele. (Freud, 1915). A investida de libido postulado aqui diz respeito a energia psíquica investida no objeto.

O afastamento da libido ao objeto perdido se dá aos poucos. As lembranças e expectativas em que a libido se achava ligada ao objeto é enfocada e superinvestida, e em cada uma sucede o desligamento da libido. Aos poucos nesse sentido de desligamento da libido com a relação objetal vão se desfazendo, e o Eu volta a ficar novamente desimpedido. (Freud, 1915).

Para o precursor da psicanálise, o trabalho realizado pelo luto consiste em:

O exame da realidade mostrou que o objeto amado não existe mais, e então exige que toda libido seja retirada de suas conexões com esse objeto. Isso desperta uma compreensível oposição – observa-se geralmente que o ser humano não gosta de abandonar uma posição libidinal, mesmo quando um substituto já se anuncia (Freud, 1915, p.173).

O processo do luto é lento e gradual em razão dessa perda de investida de libido no objeto e a aceitação do sujeito. Freud acreditava que além da questão da perda da pessoa amada em razão da morte, o indivíduo ainda precisa lidar com essa natureza libidinal de deixar uma posição objetal, envolvendo assim questões de ordens narcísicas.

Nessa linha, enquanto a libido não for deslocada para outro objeto, recua para o próprio Eu, mas sem utilização, servindo apenas para estabelecer uma identificação do Eu com o objeto abandonado. (Freud, 1915).

O indivíduo em suas experiências ao longo da vida geralmente passa por situações de perda e isso contribui para estados psíquicos que vão sendo incorporados em sua mente auxiliando em situações posteriores. Há perdas desde a infância, como o próprio ato de crescer e perder o corpo infantil para se preparar para a idade adulta com todas as dificuldades inerentes à fase. Contudo, essas experiências traumáticas vão fortalecendo o sujeito para os processos de perda e luto.

No entanto, para Freud (1915) a melancolia tem características do luto, mas possui também algo de patológico.

A melancolia toma uma parte de suas características do luto e outra parte da regressão, da escolha de objeto narcísica para o narcisismo. Ela é, por um lado, como o luto, reação à perda real do objeto amoroso, mas além disso é marcada por uma condição que se acha ausente no luto normal, ou que, quando aparece, transforma-o em patológico. (Freud, 1915, p.183).

A partir dessa contribuição sobre luto e melancolia, Freud traz o entendimento em que há a experiência da perda objetual que consiste num luto normal e há também a patológica, relacionada a melancolia, em que se pode entender como o estado depressivo do sujeito.

3 POSIÇÕES ESQUIZO-PARANÓIDE E DEPRESSIVA DE MELANIE KLEIN

Melanie Klein, psicanalista austríaca, trouxe grandes contribuições para a psicanálise, principalmente na chamada teoria das relações objetais. Sem discordar de Freud em relação ao luto como a perda do objeto, a autora foi além e aprofundou que nesse processo há como se houvesse uma reativação de experiências que ocorreram no início do desenvolvimento psíquico, algo que ela chamou de “posição depressiva” (Cavalcanti, 2013).

Sem contrariar a teoria criada por Freud, Melanie Klein apenas pontua algumas questões relacionadas ao psiquismo de um outro ângulo. Sabe-se que o criador da psicanálise a desenvolveu a partir de uma visão atribuída à sexualidade, falocêntrica, já a autora austríaca, coloca no eixo de sua teoria a agressividade uma visão “seiocêntrica”. Klein acreditava nas fantasias inconscientes das crianças desde tenra idade e que as primeiras que apresentavam se davam em relação ao seio materno.

Dentre as principais contribuições da autora, destaca-se a teoria das posições esquizo-paranóide e depressiva.

Talvez a diferença mais significativa entre as duas posições esteja na dimensão de integração progressiva, que leva a um sentimento de inteireza tanto do *self* como das relações de objeto à medida que se aproxima da posição depressiva. De par com essa integração ocorre uma mudança, de uma preocupação com a sobrevivência do *self* para um reconhecimento da dependência em relação ao objeto e a consequente preocupação do estado do objeto (Steiner, 1994, p.60).

Percebe-se que a maior diferença entre as posições está na forma de integração ao longo do desenvolvimento. Ao nascer, o bebê não tem noção alguma e sua mente fantasia aspectos aterrorizantes, com o passar do tempo e a simbolização do objeto interno ele passa a integrar o que é bom e ruim, aprendendo aos poucos a lidar com frustrações.

Segundo a autora, o bebê tem impulsos de vida e de morte através de fantasias inconscientes. A pulsão de morte se dá da destruição daquela dor, do terror que ele sente em relação ao objeto (no caso a mãe) quando não saciado a tempo e os impulsos de vida no sentido de construir algo para sua sobrevivência (Steiner, 1994).

O bebê ao nascer está totalmente desintegrado psiquicamente. Cada uma das posições denota uma atitude mental dele, uma persecutória (quando na posição esquizo-paranoide) e uma mais integrada (posição depressiva). O termo “posições” se deu em razão da dinâmica dos sentimentos que oscilam em cada uma delas.

Na linha de fantasias inconscientes desenvolvida por Melanie Klein, o seio é uma entidade mágica, perfeita para fazer o bebê feliz. O bebê nasceu e não sabe distinguir o que é fome, dor, medo e cabe ao objeto externo (no caso a mãe ou cuidador que faz essa função) simbolizar tais sentimentos para ele ao longo dos primeiros meses e anos de vida (Oliveira, 2007).

De acordo com a teorização kleiniana, as principais atividades que podemos concluir como sendo as funções da fantasia são: a realização de desejos; a negação de fatos dolorosos; a segurança em relação aos fatos aterrorizantes do mundo externo, o controle onipotente – já que a criança, em fantasia, não apenas deseja um acontecimento como realmente acredita fazer com que ele aconteça -; a reparação, dentre outras (Oliveira, 2007, p.84).

O bebê fantasia desde o nascimento até a vida adulta, é algo inerente ao ser humano e a relação objetal muitas vezes se dará a partir delas e das defesas daí advindas.

Na posição esquizo-paranoide o bebê tem ansiedades de natureza persecutória, algo primitivo presente em sua vida desde o nascimento. De modo fantasioso, o bebê se sente ameaçado por fontes destrutivas que brotam no seu

interior, sua dor (pulsão de morte) é uma proteção da vida. Há um temor de aniquilamento (Steiner,1994).

Nesse sentido, ele projeta tais sentimentos nas relações objetais, ou seja, passa para o objeto interno aquilo que ele sente, utilizando como mecanismo a identificação projetiva.

Assim, na posição esquizo-paranoide, o bebê não está integrado, a relação com o objeto se dá pela cisão de amor e ódio. A autora usa a metáfora do “seio bom” ou “seio mal”. Por exemplo, o bebê se é alimentando na hora que está com fome – mas não sabe que aquele incômodo é fome, a mãe o atende no mesmo instante, ele se sente bem, está satisfeito com o objeto. O vê como bom. Mas, no caso da mãe atrasar para dar o leite, ele se desespera, passa a fantasiar o seio como mau, acredita que ele vai persegui-lo e conseqüentemente se acha um bebê mau. O sentimento polarizado do ódio toma conta dele (Steiner,1994).

A estrutura do ego reflete a cisão em *selves* bom e mau que estão em relação com objetos bons e maus, e as relações de objeto são do mesmo modo cindidas. O ego é insuficientemente integrado durante todo o tempo, de modo que não há lembrança de um objeto bom quando este está ausente (Steiner,1994, p.61).

Alguns mecanismos de defesas são acionados pelo bebê nessa posição como a cisão (ego e relação cindidas), idealização (idealiza o objeto no momento em que sente o seio bom), identificação projetiva e uma confusão entre o self e o objeto (se enxerga como uma simbiose do objeto, se este é mau, o self também é mau).

Em contrapartida, em sua teoria das posições, a autora traz de forma dinâmica e não estrutural a respeito da posição depressiva. Isso retrata um avanço no desenvolvimento do bebê, não mais a presença da relação cindida. O objeto interno passa a ser reconhecido como parte de si e não de si mesmo.

A relação objetal se torna ambivalente, desenvolve-se uma preocupação com o outro, por exemplo, o bebê começa a perceber que o “seio bom” e o “seio mau” formam um só, que ora há satisfação, ora há frustração.

Essas mudanças são o resultado de uma capacidade maior de integrar experiências e levam a uma mudança de preocupação básica, da sobrevivência do *self* para uma consideração pelo objeto do qual o indivíduo depende. Isso resulta em sentimentos de perda e culpa que permitem que a

sequência de experiências que conhecemos como luto passa ocorrer. (Steiner, 1994, p.62)

Por fim, fica claro que na posição depressiva há uma capacidade de coerência psíquica da criança diante da ambivalência ao ter a percepção que o objeto (no caso a mãe) não é parte integrante de si, como se estivessem fusionados, começam a surgir o bebê desde então começa a experimentar o sentimento de culpa, perda e de integração do eu e do objeto.

Conseqüentemente, percebe-se que foi desenvolvida a função simbólica realizada pelo objeto e é nesse sentido, que desde tenra idade é possível ir aprendendo a vivenciar pequenos processos frustrantes. Há o medo da perda do objeto e com ela a experiência do processo de luto que diante de uma perda real experienciada, com certeza haverá tristezas e defesas relacionadas, nenhum sujeito está isento disso, todavia de uma forma normal e não patológica.

4 A ELABORAÇÃO DO LUTO A PARTIR DAS CONTRIBUIÇÕES DE MELANIE KLEIN

Entender, ainda que brevemente, a teoria das posições é fundamental para que se possa olhar o processo de luto que muitas pessoas passam em diversos momentos da vida. O conceito ligado à posição depressiva é crucial nesse sentido.

O objeto do luto é o seio e o leite que constituem uma dimensão de amor, bondade e segurança. Essa perda é vivida pela criança como consequência de seus próprios impulsos destrutivos contra o seio materno. Ela fantasia que a perda é fruto de sua voracidade sem limites (Azevedo, 2021, p.135).

Melanie Klein, no seu texto de 1940 *O luto e suas relações com os estados maníacos-depressivos* a autora explora a posição depressiva e o processo de luto. Para ela, é um processo de aprofundamento da relação do sujeito com seus objetos internos. (Azevedo, 2021). A partir das experiências de frustração quando a criança já consegue integralizar os sentimentos vai ser o diferencial para conseguir passar por um processo normal de luto. O que é experimentado na infância será da mesma forma vivenciado na vida adulta.

Estabelecer seus objetos bons internos é, então, a condição necessária para atravessar com sucesso os primeiros processos de luto que compõem a posição depressiva e – aprendendo bem a lição – conseguir atravessar os outros milhares de lutos que a vida vai exigir que se enfrente. Este aprendizado começa sempre em casa, isto é, com uma internalização pacífica e harmoniosa dos pais (Cintra e Figueiredo, 2020, p. 94).

O contexto familiar e a forma como é simbolizado o mundo de uma criança irá refletir em todos os aspectos de sua vida adulta. Um ambiente hostil, rude, violento, com certeza não será saudável o suficiente para que haja a integração necessária do psiquismo. Assim, essa criança um dia se tornará um adulto e carregará consigo muitas vezes características de uma posição esquizo-paranoide em razão dessa falta de internalização pacífica de si.

Klein afirma que para o processo do luto,

Defesas maníacas são acionadas na posição depressiva na tentativa de dar conta deste penar. Podem ser construídas fantasias onipotentes e violentas que buscam controlar os objetos maus e perigosos e resguardar os objetos amados. Associam-se à onipotência, à negação e à idealização que têm o papel de preservação do ego na ligação com o objeto amado. (Azevedo, 2021, p.140).

Nossos mecanismos de defesa entram em ação para que seja possível dar conta do processo doloroso, muitas vezes é comum e nítido por exemplo a negação ou idealização no processo de luto. É comum ver na no dia a dia, quando ocorre o luto pela morte de alguém, a pessoa que perdeu colocar o objeto perdido num pedestal, fazer idealização de boas ações e qualidades. Essa é uma forma de defesa natural do processo de luto em que o sujeito mantém idealizado o ente querido.

Todavia, para a autora, quando há o sofrimento pela perda de uma pessoa amada há um aumento das fantasias inconscientes diante da perda do objeto bom interno e por um sentimento de ter consigo nesse caso a predominância dos objetos maus (Azevedo, 2021, p.146).

Para a psicanálise o luto enfatiza um trabalho intrapsíquico que cada um tem de realizar por si mesmo e que não pode ser terceirizado, é individual e que estará em jogo é a perda do objeto interno do sujeito (Minerbo, 2023). É profundo, complexo e gradual.

Nesse âmbito, numa outra visão de luto, porém relacionado ao que foi mencionado até então, merece destaque os conceitos de luto primário e originário abordados pela psicanalista Marion Minerbo (2023). Entende-se por luto primário:

O processo pelo qual conseguimos integrar psiquicamente a perda da posição subjetiva na qual eu pensava/sentia/agia como se eu fosse o centro do mundo: Sua majestade, o Bebê. Essa vertente diz respeito ao Eu, à perda de uma maneira de enxergar e interpretar *a mim mesma. Sou especial, o mundo me deve* (Marion, 2023, p.61).

No tocante ao luto originário:

É o processo pelo qual conseguimos integrar psiquicamente a perda do objeto da gratificação absoluta, posição subjetiva na qual eu esperava que algo ou alguém, me preenchesse totalmente: a Mãe Absoluta da primeira infância. Essa vertente do luto diz respeito ao objeto, isto é, à perda de uma maneira de enxergar – de ler, de interpretar – *o mundo, os objetos externos, a realidade. O objeto pode e vai me preencher* (Minerbo, 2023, p. 61).

Vê-se que os conceitos estão ligados à ideia do narcisismo primário, ligado à infância onde a mãe é algo que deve servir o bebê a todo tempo. Não há uma integração em relação ao objeto.

A partir desses dois lutos, da sua simbolização vai se formando o luto secundário, em que já houve perdas ao longo do desenvolvimento e com isso foi se formando uma matriz constitutiva. A matriz do luto é nossa estrutura psíquica que permite elaborar as perdas sempre que elas se apresentam ao longo da vida. (Minerbo, 2023).

Percebe-se que a forma que o sujeito irá passar pelo processo de luto irá depender da forma em que sua matriz psíquica foi integrada. Isso se dá em qualquer processo de perda.

Se o sujeito ficar o tempo todo ao longo de sua vida, numa posição cindida, sem fazer o afastamento psíquico da Mãe absoluta, com certeza não conseguirá encarar o processo de luto de forma natural, será como se o mundo o devesse a todo momento.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A finitude é a única certeza que todos os seres humanos passarão um dia, mas infelizmente falar sobre a morte, sobre perdas, ainda gera um tabu em nossa sociedade. O processo natural de perdas e momentos frustrantes está presente desde o nascimento. O desmame de uma criança pode ser considerado um primeiro processo de luto e isso irá reverberar em diversas situações ao longo da vida.

Melanie Klein contribuiu muito para o desenvolvimento da psicanálise principalmente na área infantil e no entendimento da dinâmica dos processos psíquicos primários que se não integrados desenvolvem a psicose. Sua teoria das posições esquizo-paranoide e depressiva denota o início do psiquismo desde bebês, mostrando que a relação objetal muda ao longo da vida, sendo possível a oscilação entre elas até a fase adulta.

O bebê ao nascer se encontra totalmente dependente de seu objeto interno, no caso a mãe ou a figura parental responsável pelos seus cuidados. Nesse primeiro momento do nascimento ele está totalmente fusionado com o objeto, não um Eu e o objeto, ele acha que ambos são um só. Há uma cisão nesse sentido. Ele não sabe sobre seus sentimentos, sobre o que é fome, dor, incômodo ele apenas consegue perceber algo aterrorizante nesses momentos. Em outros momentos, quando satisfeitos em seus desejos, apenas enxerga seu objeto com bom, o idealiza e assim vai vivendo sentimentos polarizados até conseguir se integrar a respeito de tais emoções.

Quando bebês, num primeiro momento a mãe está o tempo todo disponível, uma mãe absoluta em tempo integral a disposição para satisfazer os desejos do infante. Em algumas situações, isso perdura e embora o processo de integração da criança através de pequenas frustrações ao longo da infância seja necessário, todavia nem sempre é recorrente. É comum em situações de frustrações a figura parental buscar uma reparação imediata, ou não simbolizar nesse sentido. A consequência disso poderá ser um adulto que ficará mais característico da posição esquizo-paranoide diante de suas perdas.

Assim, quando aos poucos ao longo da infância a bebê consegue entender que ele e o objeto são coisas distintas, que ora aquele é bom, ora ele o frustra, passará a entender que tais situações de perdas podem acontecer e passando a integralizar tais sentimentos. Surgirá a partir daí as características da posição depressiva de Melanie Klein.

O objetivo do trabalho era analisar o luto a partir das contribuições da autoria a respeito da teoria das posições e foi possível observar que processo de luto tem muita relação com a posição depressiva. Foi possível observar a respeito da capacidade da criança (e posteriormente adulto) de lidar com a perda do objeto interno não significa ausência de dor, de tristeza ou sofrimento, mas possibilitará que o faça de forma normal, entendendo sobre aquela perda.

Na posição depressiva ocorre uma diferenciação do self e do objeto, o bebê já não é mais o objeto, ele entende que o objeto agora é parte dele. Assim, há o medo da perda do objeto e com ela a experiência de sua perda e isso fará diferença no processo de luto na vida adulta, pois ocorreu a discriminação entre Eu e o 'Não Eu', o que representa a possibilidade de pensar e sentir por si próprio, desenvolvendo

um senso de existência.

No processo lento e complexo que é o do luto, claro que haverá tristezas, todavia será possível que a libido com a relação objetal vá se desfazendo, e o Eu volta a ficar novamente livre e desimpedido, ou seja, estará integralizado.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, Creuza da Silva. **Processos depressivos e luto através de uma vertente Kleiniana: a experiência da perda de um bebê com malformação genética.** Caderno Psicanálise. Rio de Janeiro.v.43.n.45.p.113-151.jul./dez.2021. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cadpsi/v43n45/v43n45a08.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2024.

CAVALCANTI, Andressa Katherine Santos; SAMCZUK, Milena Lieto; BONFIM, Tânia Elena. **O conceito psicanalítico do luto:** uma perspectiva a partir de Freud e Klein. **Psicol inf.**, São Paulo , v. 17, n. 17, p. 87-105, dez. 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-88092013000200007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 05 maio 2024.

CINTRA, E. M.U.; FIGUEIREDO, L. C. **Melanie Klein: estilo e pensamento.** São Paulo: Escuta, 2020.

DELGADO, Luís. **O balanceamento entre as posições esquizo-paranóide e depressiva na psicodinâmica criativa.** Tempo Psicanalítico, Rio de Janeiro, v. 47.1, p. 154-166, 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tpsi/v47n1/v47n1a11.pdf>> . Acesso em: 01 mar. 2024.

FREUD, Sigmund. **Introdução ao narcisismo: ensaios de metapsicologia e outros textos (1914/1916).** Tradução e notas Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2010.

MARION, Minerbo. **Notas de aptidão à felicidade.** São Paulo: Blucher, 2023.

MELLO, Sandra Aparecida Ramos de. **Considerações sobre a construção da noção de objeto em psicanálise: Freud, Klein e Pichon-Rivière** Vínculo - Revista do NESME, vol. 20, núm. 1, 2023, Janeiro-Junho, p. 73-85. Núcleo de Estudos em Saúde Mental e Psicanálise das Configurações Vinculares. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139475320009>>. Acesso em: 05 maio 2024.

OLIVEIRA, Marcella Pereira. **Melanie Klein e as fantasias inconscientes.** Winnicott E-prints. Série 2, vol.2, nº 2, 2007. p. 80-98.

PEREIRA DE OLIVEIRA, Marcella. **Melanie Klein e as fantasias inconscientes.** Winnicott e-prints, São Paulo, v.2, n.2, p.1-19, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-432X2007000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 01 mar. 2024.

SILVEIRA, Bruno Medici. **Sonhando a posição depressiva.** Boletim Formação em Psicanálise. Ano XXVIII. vol.28. 2020.

SOUZA, Andressa Mayara Silva; Pontes, Suely Aires. **As diversas faces da perda: o luto para a psicanálise. Analytica.** São João Del Rei. v.5. nº 9. p.69-85. Dezembro de 2016.

STEINER, J. **Conferências clínicas sobre Klein e Bion.** O equilíbrio entre as posições esquizoparanoide e depressiva. Cap.4, p. 60-72. Imago, 1994.

**O PERCURSO ENTRE A PSICOSSOMÁTICA E A PSICOLOGIA ANALÍTICA:
uma revisão bibliográfica**

Livia Leandro de Oliveira
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
livialeandro11.2@gmail.com

Stephany Matias de Oliveira Crisostono
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
crisostonostephany@gmail.com

Maria Cherubina de Lima Alves
Profa. Dra. em Serviço Social – Uni-FACEF
mcherubina@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

A psicossomática é uma ciência que acredita na indissociabilidade entre mente e corpo, e estuda a sincronicidade da manifestação dos fenômenos psíquicos, físicos e emocionais. Alguns autores afirmam que não deveria existir essa terminologia, pois todo o tipo de adoecimento contempla um aspecto psíquico, mas o termo surgiu através do psiquiatra alemão Heinroth e se popularizou (Silva, Muller, 2007). Atualmente, a psicossomática é estudada pela psicologia, enfermagem, medicina e serviço social, compreendendo o fenômeno como biopsicossocial.

Carl Gustav Jung (1875-1961) conhecido como pai da psicologia analítica, criou sua abordagem que dialoga intimamente com a psicossomática. Para além de se relacionar, a teoria amplia e traz um olhar cuidadoso para o tema, tão relevante e recorrente na sociedade.

O presente artigo tem como objetivo tecer um diálogo entre a psicossomática e a psicologia analítica, visando um olhar minucioso sob os aspectos que envolvem a psicossomática e compreendendo as significativas contribuições que Jung deixou para a temática. A metodologia utilizada é uma revisão bibliográfica, analisando livros e artigos científicos relacionados ao tema.

Jung (2001) afirma que, sob o olhar da psicologia analítica, o sujeito deve lutar com o problema em si e não com o seu resultado, com a causa e não com o sintoma. Por isso, pelo que o autor acredita se faz necessário olhar e cuidar do próprio conflito, e não para o sofrimento. Os sintomas são símbolos, formas de

expressão de algum aspecto conflituoso que vêm trazendo preocupações para o sujeito, e é para isso que se deve cuidar (Jung, 2016).

Ainda, o autor traz que para a superação desse problema é necessário suportar o sofrimento, o sintoma ou o adoecimento para que possam dar vazão a esse problema que tem o gerado (Jung, 2001). Essa perspectiva do autor não significa que intervenções sob os sintomas ou a doença não podem ser realizadas, na verdade podem e devem, porém esse não é o principal foco da psicoterapia ou análise junguiana.

O convite realizado por ele é para que o olhar possa transcender o físico, e chegar à elementos da psique que podem ter sido a cauda do adoecimento. Isso porque, se o sintoma ou a doença são enfrentados apenas com o olhar físico, eles podem voltar, pois, de acordo com a psicologia analítica todo o tipo de adoecimento envolve implicações na alma, e se essas implicações não são trabalhadas o sujeito não consegue evoluir ou sequer traçar um caminho significativo na vida (Jung, 1897).

2 PSICOLOGIA ANALÍTICA E PSICOSSOMÁTICA

2.1 A psicologia analítica junguiana como teoria

Carl Gustav Jung, (1875-1961), após a finalização do percurso ao lado de Sigmund Freud, fundamenta sua vertente na psicologia, à princípio nomeada Psicologia dos Complexos e, posteriormente, chamada de Psicologia Analítica. Sua teoria é uma junção de suas pesquisas empíricas e suas experiências pessoais (Duarte, 2018).

Desde o início, Jung se dedicou ao estudo da psicologia profunda, e abriu possibilidades para novos conceitos e ideias chegarem ao âmbito científico. Isso porque o psiquiatra teve o foco de seus estudos, sob novas perspectivas, algumas relacionadas a personalidade. Assim, seus fundamentos transcendem os conhecimentos já existentes na época, advindos da ciência e da psicanálise (Stein, 2000).

Para a compreensão da psicologia analítica, é indispensável a clareza dos conceitos e, para isso, Jung deixou um arcabouço teórico descrevendo seus pressupostos, pois era uma preocupação dele que as pessoas realmente entendessem a sua psicologia (Jung, 2008).

No livro Jung: vida e obra, Silveira (2023, p. 23) define os complexos como “agrupamentos de conteúdos psíquicos carregados de afetividade”. Assim, esses conteúdos com grande valor para o inconsciente, estabelecem associações com outros elementos da psique, se tornam unidades vivas, e podem se tornar autônomos. Silveira (2023) traz de que forma esses complexos interferem na vida do indivíduo:

(...) o complexo interfere na vida consciente, leva-nos a cometer lapsos e gafes, perturba a memória, envolve-nos em situações contraditórias, arquiteta sonhos e sintomas neuróticos. O complexo obriga-nos a perder a ilusão de que somos senhores absolutos em nossa própria casa (p. 23).

É extremamente relevante essa afirmação, pois para além dos complexos é possível fazer uma relação com a essência da psicologia analítica, que traz um convite ao desnudamento das ilusões de controle e posse da própria psique, que muitas pessoas têm, e que para Jung não é real. Para o autor, a psique é como um oceano amplo no qual sobrenada uma pequena ilha. O oceano é o inconsciente e, a ilha, a consciência.

Assim, a consciência permite o desenvolvimento das relações entre os conteúdos psíquicos e o ego (centro da consciência). Já o inconsciente na psicologia analítica é subdividido entre inconsciente pessoal, sendo “às camadas mais superficiais do inconsciente, cujas fronteiras com o consciente são bastante imprecisas” (Silveira, 2023, p. 51) e o inconsciente coletivo, que “corresponde às camadas mais profundas do inconsciente, aos fundamentos estruturais da psique comuns a todas as pessoas” (Silveira, 2023, p. 52).

O inconsciente coletivo pode ser comparado ao corpo humano, por mais que as diferenças raciais e étnicas existam, o corpo possui uma anatomia comum, assim como é o inconsciente. São conteúdos que transcendem todas as diferenças culturais e sociais, os quais se fazem presentes na psique e podem se tornar conscientes (Siveira, 2023). Diferente do conceito de inconsciente para Freud, Jung traz o olhar voltado ao inconsciente coletivo e descobre como essência desse

elemento o *self* (si mesmo), um centro que transborda fonte de energia e significa a personalidade total, a verdade do ser.

Os arquétipos também são elementos importantes na teoria analítica, e têm o inconsciente coletivo como moratória. Os “arquétipos são possibilidades herdadas para representar imagens similares, são formas instintivas de imaginar. São matrizes arcaicas onde configurações análogas ou semelhantes tomam forma” (Silveira, 2023, p. 55). Assim, pode-se compreender os arquétipos como o resultado das interações entre os conteúdos psíquicos e o mundo físico, quando a psique e o mundo interagem intimamente.

Sob essa ótica, é importante destacar a relação entre o ego e o *self*. O ego é o centro da consciência, um filtro que organiza a mente consciente, fornece identidade e continuidade à personalidade, responsável pela execução das ações do indivíduo (Stein, 2006). O *self*, enquanto arquétipo da totalidade, pode impedir ou trazer obstáculos para a execução de algo consciente, pensado pelo ego, a fim de resgatar a verdade profunda e significativa do ser, nesse momento.

Um exemplo possível de se pensar, é quando uma pessoa está vivendo no automático, com cansaço excessivo, mas sempre respondendo aos estímulos do ego, que nutre ações de conhecimento consciente. Nesse processo, a pessoa acaba apresentando sintomas de depressão, e por questões de saúde precisa sair dessa rotina para se recuperar (Almeida; Silveira, 2020). Ao analisar esse exemplo, se vê que o ego não se caracteriza como ruim, ele comanda o que a consciência permite acessar, mas existe uma necessidade de retraimento para que a pessoa possa olhar cuidadosamente para essa rotina e avaliar se ela condiz com a totalidade da sua personalidade. Assim, pode-se perceber que o *self*, mesmo inconsciente atuou para que a pessoa pudesse se aproximar da própria verdade, e caminhar em seu próprio processo de individuação.

O processo de individuação é a tendência instintiva a realizar de maneira plena as potencialidades inatas (Silveira, 2023). De acordo com a teoria analítica, o processo se dá da seguinte forma:

O processo de individuação não consiste num desenvolvimento linear. É um movimento de circunvolução que conduz a um novo centro psíquico. Jung

denominou esse centro self (si mesmo). Quando consciente e inconsciente vêm ordenar-se em torno do self, a personalidade completa-se. O self será o centro da personalidade total, como o ego é o centro do campo do consciente. (Silveira, 2023, p. 61).

A psicologia analítica tem o processo de individuação como ponto principal de sua teoria. É a possibilidade de integração, proximidade com a verdade do ser, o qual permite traçar um caminho de desenvolvimento para tornar-se uma pessoa única de forma significativa para si.

2.2 Psicossomática sob o olhar analítico junguiano

O psiquiatra alemão Heinroth, em 1808, ao realizar seus estudos sobre insônia, utilizou o termo “psicossomática” pela primeira vez. Ainda, introduziu o termo “somato-psíquico” para abordar a influência dos fatores físicos que afetam os emocionais (Silva; Muller, 2007).

Elementos da psique que se apresentam através de sintomas somáticos são estudados e trabalhados pela medicina psicossomática, pela psicologia e pela medicina holística. Sabe-se que a psicossomática é a inter-relação entre o funcionamento físico do corpo e os aspectos psíquicos, como uma relação íntima e interdependente entre esses processos, que não podem ser dissociados (Santos, Pereira, Martins, 2017).

A própria linguagem revela a relação íntima entre a psique e o corpo, e olhar com cuidado para isso permite o entendimento desses aspectos, trazendo a importância da visão para o ser no sentido integral, e não fragmentado. Marschitzky e Sartor (2013) trazem algumas das falas comuns utilizadas no dia a dia:

(...) “O coração me salta pela boca”, “fico sem ar”, “algo está entalado em minha garganta”, “tremo de raiva” são apenas alguns exemplos. Na palavra emoção encontra-se a palavra latina motio, que significa “movimento”. Emoções não nos movem somente internamente, e sim, ativam também o nosso corpo e o levam a um estado de tensão. (Marschitzky; Sartor, 2013 p. 13)

Na sociedade contemporânea, ainda se têm um olhar de distanciamento e desvalorização das emoções, como se elas não tivessem tanta relevância. A psicossomática evidencia como as emoções interferem no funcionamento corporal e afetam as movimentações e o curso da vida. É como se os

sintomas exigissem que os aspectos psíquicos e emocionais sejam considerados. Assim, entende-se que o intuito não é desconsiderar os fatores físicos/biológicos, mas considerar com a mesma atenção os aspectos psicológicos e emocionais.

Filho (2002) levanta que, atualmente, a visão psicossomática avançou e ocupa um espaço essencial entre as práticas médicas. Exemplificativamente, no novo conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde (1948) “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doença”. Essa definição se aproxima da visão psicossomática, ao olhar para o ser como integral considerando os aspectos biopsicossociais.

Através dos conceitos, a psicologia analítica compreende o ser como integral e reconhece as influências entre alma e corpo levantando a importância de olhar cuidadosamente para ambas, as quais podem carregar símbolos importantes para a aproximação do *self* (si mesmo) e do caminho em busca do processo de individuação. Jung (1991) afirma que:

A enigmática unidade da natureza viva traz consigo que a característica corporal não é simplesmente corporal e a característica psíquica não é simplesmente psíquica, pois a continuidade da natureza não conhece aquelas incompatibilidades e distinções que a razão humana precisa colocar a fim de entender. A separação entre corpo e alma é uma operação artificial, uma discriminação que se baseia menos na natureza das coisas do que na peculiaridade da razão que conhece (p. 483).

Para o psiquiatra e psicólogo, a dissociação é apenas algo determinado pela razão humana e carregada de suas peculiaridades. A real natureza das coisas traz o ser como o todo, envolvendo todas as características, sejam físicas ou emocionais.

Ainda nesse trecho, Jung (1991) traz a seguinte afirmação:

A intercomunicação das características corporais e psíquicas é tão íntima que podemos tirar conclusões não só a partir da constituição do corpo sobre a constituição da psique, mas também da particularidade psíquica sobre as correspondentes formas corporais dos fenômenos. É verdade que o último processo é bem mais difícil, não porque o corpo é menos influenciado pela psique do que a psique pelo corpo, mas porque, partindo da psique, temos que concluir do desconhecido para o conhecido, enquanto que no caso inverso temos a vantagem de começar pelo conhecido, ou seja, pelo corpo visível. (Jung, 1991, p. 483).

Com o olhar minucioso de Jung para a totalidade do ser, ele se atenta não apenas às reações físicas decorrentes da psique, mas na constituição da psique através dos aspectos físicos. Relação que ao pensar em psicossomática, não se discute incidentalmente. Dessa forma, pode-se perceber como a psicologia analítica tem o olhar cuidadoso para os aspectos do ser com um todo. E, sua teoria traz contribuições relevantes para o estudo da psicossomática, possibilitando uma compreensão ampla e profunda acerca do tema.

3 O SINTOMA COMO SÍMBOLO

Para a Psicologia Analítica, a compreensão de doenças físicas não se limita apenas à interpretação de sintomas ou queixas biológicas. As doenças são vistas como uma expressão simbólica da psique, ou seja, um sinal de que algo está desequilibrado na totalidade do ser humano (corpo, mente e alma). Essa perspectiva holística, proposta por Carl Gustav Jung, reconhece a interdependência entre os aspectos físicos e psíquicos da saúde.

Segundo Dahlke (2000), é no plano corporal que estão localizados os aspectos desconhecidos da alma. A parte inconsciente da mente seria, pois, a origem de toda e qualquer doença, as quais expressam os conflitos psicológicos por meio de sintomas físicos (Groddeck, 1923). Não somente na contemporaneidade como desde o início da civilização o homem estuda a relação entre corpo e mente.

Os mitos pautados na existência de deuses era um dos recursos utilizados pelo homem a fim de buscar sentido para a sua dor em momento de sofrimento, inclusive físico. Uma vez que a existência humana é pautada em uma busca constante por sentido, pois “o ‘desejo de sentido’ encontra-se na vida. Se o sentido da interpretação dá-se a conhecer, a doença é combatida com maior eficácia” (Dahlke, 2000, p.7). Dessa forma, os deuses - gregos ou romanos, por exemplo – eram antropomorfizados na tentativa de integrar o divino ao humano (Almeida; Silveira, 2020), de modo que o sofrimento era divinizado e as características divinas humanizadas, como se um eufemismo fizesse da existência humana uma realidade mais branda. Da mesma forma, compreender o

funcionamento de uma doença poderia gerar certo alívio, necessário a sobrevivência.

Sob uma perspectiva similar, os xamãs - chamados curandeiros, conselheiros, guias – eram percussores primitivos de práticas terapêuticas holísticas, quem consideravam aspectos globais e simbólicos no tratamento de enfermidades (Almeida; Silveira, 2020). Eles assumiam, simbolicamente, a função de mediar a simbolização necessária ao paciente em sua própria cura, de modo que a sua relação com os deuses – anteriormente perturbada e indicada pela doença - entrasse em harmonia novamente.

Jung (1992) estabelece uma dialética necessária entre símbolos e a psique como um impulsionador da vontade humana atribuir significado à vida. Os ícones religiosos sempre foram um meio de simbolismo, indispensáveis ao processo de plenitude humana. No caso do xamã, “ele ouvia a história do paciente não em busca do sintoma” (Ramos, 2006, p.22), mas de sua origem, seja ela física, espiritual ou mental.

Pode se perceber, também, que o curandeiro de certa forma, pode personificar a mesma posição que o terapeuta. Isso vem reforçar a teoria de que tratar a doença através do símbolo pode trazer de uma maneira mais estruturada, o entendimento do indivíduo em relação aos seus complexos que provavelmente interfere nas suas relações afetivas e emocionais causando a possível enfermidade. (Almeida; Silveira, 2020, p.92).

Nesse sentido, a prática de visualizar a doença e os meios de cura para a mesma enquanto símbolos do inconsciente – tanto pessoal quanto coletivo - permitem à Psicologia Analítica acessar caminhos possíveis para a cura, seja ela de nível físico ou psíquico.

Dentre ideais pré-socráticos (período histórico que compreendeu entre o século VII ao V a. C.), as perspectivas sobre saúde e doença variavam. Um dos expoentes na medicina da época foi Hipócrates, quem teve seu reconhecimento difundido devido a relação de causa e efeito atribuída ao corpo e a mente.

Hipócrates considerou o coração como sede da alma, em sua teoria, quando uma pessoa tinha raiva o coração era contraído, aumentando o calor e levando os fluídos para a cabeça, no processo contrário, tinha uma expansão do coração (Ramos, 2006, p. 26).

Em um período posterior, no qual a corrente racionalista vigorava, René Descartes (1596-1650) compreendia o corpo em fragmentações, de forma que as partes que o compunham seriam independentes. De acordo com a teoria dualista cartesiana, caso o corpo viesse a perecer a mente poderia subsistir, uma vez que a matéria pela qual eram formados eram distintas (Descartes, 2009).

A hiperespecialização, inclusive, tem sido uma tendência muito valorizada na contemporaneidade, a qual se apresenta muito compatível à lógica cartesiana. Essa perspectiva visa o estudo extremamente específico de órgãos e, em alguns casos, até de células, na tentativa de sanar uma enfermidade (Sociedade Brasileira de Medicina Familiar e Comunidade, 2016). Como consequência, apesar de grande conhecimento sobre determinada área do corpo, o profissional hiper especializado tem uma visão restrita à área e ao sintoma, sendo, muitas vezes, incapaz de analisar o contexto como um todo que influencia a saúde, a qual também pode ser afetada por fatores de diferentes ordens, dentre eles: disfunções anatômicas, fisiológicas, espirituais ou psicológicas.

Na tentativa de explicar a problemática apresentada, Jung (2016) explorou a expressão “Patologia da Totalidade” para se referir a uma visão holística da saúde mental, que considera a mente e o corpo como um todo integrado. Segundo ele, a doença mental não era apenas um distúrbio individual, mas sim um reflexo de um desequilíbrio na totalidade da psique do indivíduo. A Patologia da Totalidade contrasta com a visão médica tradicional da doença mental, que tende a se concentrar em sintomas individuais e no tratamento com medicamentos. Jung (2016) acreditava que a “cura” da doença mental exigia uma abordagem holística, que considerasse os aspectos psicológicos, sociais e espirituais do indivíduo.

Jung (2013) afirma que “o sintoma é a linguagem do inconsciente” (p.23), uma vez que a psique pode se comunicar por meio somatização, ou seja, um mecanismo de defesa do inconsciente que envia sintomas físicos como tentativa de assimilar um conteúdo psíquico. Um corpo que expressa sintomas de somatização indica que os mesmos devem ser observados e receber a devida atenção em processo psicoterápico, já que eles podem “comunicar algo que não foi compreendido ou integrado à consciência” (Jung,2013,p.23), como complexos não

assimilados, traumas reprimidos, desequilíbrios emocionais, regressão de libido, conflitos internos, entre outros aspectos alojados na sombra do indivíduo.

Tratando-se de uma forma de linguagem, “o meio de expressão do corpo é a linguagem simbólica” (Dahlke, 2000, p. 7), de modo que os sintomas compreendem uma codificação que simboliza algo. Os códigos ou sintomas que externalizam uma doença apenas assumem significado para a pessoa que porta a doença em caso de interpretação e olhar cuidadoso por parte dele. Mesmo que os símbolos já carreguem uma representação prévia originada dos arquétipos e

[...] que todo indivíduo tem parte o mundo imagético, e o possui como inteira e interiormente seu, a interpretação individual faz-se coerente por si só, e as pretensas interpretações só poderão servir como guias, ou ser em todo caso valiosas, se fornecerem a moldura e mesmo as cores tal como constam na estrutura essencial da imagem (Hall, 2021, p. 14).

Dessa forma, a existência do Inconsciente Coletivo prova que o ser humano carrega uma bagagem psíquica à priori, composta por vivências de toda a humanidade antecedente (Jung, 2016), mas é na ordem do inconsciente pessoal que as experiências subjetivas e individuais de sofrimento assumem uma significação particular.

O inconsciente reage automaticamente como meu estômago e, no sentido figurado, vingá-se de mim. Ao arrogar-me um poder indevido sobre o inconsciente cometo uma falta dietética de ordem psíquica, que seria melhor evitar para o meu próprio bem. Essa analogia nada poética e, no entanto, branda demais diante dos efeitos morais devastadores e de grande alcance de um inconsciente transtornado (Jung, 2007; p.109).

Dahlke (2000) ressalta que a decodificação da doença não é um método diagnóstico, mas sim uma ferramenta para o autoconhecimento e a cura. O autor alerta que esse processo pode configurar etapas dolorosas, visto que é provável a emersão de conteúdos significativos para a consciência apenas mediante o indissociável processo de encontro com partes da própria sombra (Hall, 2021). No entanto, ao compreender a mensagem por trás da doença, passa a ser possível tomar medidas para restabelecer o equilíbrio da vida inconsciente e promover a saúde integral.

Tratando-se de estruturas da psique, o ego é uma parte da psique que se identifica com a consciência e com o mundo externo (Silveira, 2023). Na

somatização, o ego que se encontra em um momento de fragilidade perde a capacidade de integrar os conteúdos inconscientes, os quais são encaminhados para os órgãos do corpo.

Jung demonstra que o corpo é a base do ego tanto quanto do complexo secundário, na medida em que ambos têm o seu tom emocional baseado em impressões sinestésicas, compreendidas aqui como a totalidade das sensações que se originam dos órgãos corporais, isto é, sensações pelas quais o próprio corpo é percebido (Ramos, 2006, p.54).

Caberia ao *self*, portanto, a busca pela significação dos sintomas expressos pelo ego ao incorporar a sua origem obscura na sombra “E é a isso precisamente que a psicossomática se refere: a sincronicidade entre alma e corpo” (Dahlke, 2000, p. 13). O corpo adocece à medida que a sombra lhe sobrecarrega com informações fragmentadas, as quais ao serem mais bem elaboradas pelo *self* são incorporadas ao ego e encontram, pois, a chance de equilibrar-se, conhecer-se e individualizar-se.

Jung (2013), ao afirmar que o sintoma comunica algo, alerta ainda que “O sintoma não é um problema a ser eliminado, mas um guia para o crescimento e a individuação” (p.23). Por ser uma expressão inconsciente, assumir o sintoma expresso como uma manifestação de um conteúdo armazenado em nossa sombra, dá-se um importante passo rumo a individuação, processo que se integra e harmoniza partes indispensáveis à constituição do *self*.

Destarte, a expressão somática da psique pode ser compreendida como parte essencial no processo de individuação. Um sintoma aparece demonstrando um desequilíbrio que merece atenção para a sua conseqüente solução, a qual corresponde a um olhar amplo sobre ele, tal como fez Jung.

4 A ATUAÇÃO DA SOMBRA PROCESSO DE SOMATIZAÇÃO

4.1 Sombra

A teoria analítica baseia-se na polarização de conceitos, ou seja, a existência de luz exige também a existência de sombra. Nesse sentido, ego e sombra polarizam-se na compreensão do funcionamento da psique, de modo que “quando parte de um par de opostos é trazida para a ‘luz’ da consciência, a outra

parte rejeitada, metaforicamente, na ‘sombra no inconsciente’” (Hall, 2021, p. 25). Entende-se por sombra, pois, uma parte integrante da personalidade total, cuja escuridão resguarda características pessoais que desagradam o sujeito ou até mesmo o assusta (Silveira, 2023, p. 104).

Silveira (2023) afirma ainda que

A sombra é uma massa espessa de componentes diversos, aglomerando desde pequenas fraquezas, aspectos imaturos ou inferiores, complexos reprimidos, até forças verdadeiramente maléficas, negrimes assustadores (p. 105).

É comum que o conceito de sombra, a qual pertence ao inconsciente pessoal junguiano, seja confundido com o inconsciente freudiano ao ser definida como um depósito de experiências negativas ainda não assimiladas pela consciência. Por isso, Silveira (2023) alerta que não só de conteúdo reprimido é alimentada a sombra.

Mas também na sombra poderão ser discernidos traços positivos: qualidades valiosas que não se desenvolvem devido a condições externas desfavoráveis ou porque o indivíduo não dispôs de energia suficiente para levá-las adiante, quando isso exigisse ultrapassar convenções vulgares. (Silveira, 2023, p. 105)

Assim sendo, “a sombra é potencialmente ego” (Hall, 2021, p. 26). Ela apareceria em trabalho de análise mediante a criação de um ambiente seguro para que ela emergja e seja integrada ao ego em desenvolvimento, necessários ao funcionamento adulto saudável. Isso demonstra a impossibilidade de designar, sem mais profundas análises, a sombra como um fator normal ou patológico em si mesmo (Santos, 2016). Nela, inclusive, é provável de reconhecer a ambiguidade de sua expressão, normal ou patologicamente.

4.2 Expressão da sombra no adoecimento inconsciente

Em aspectos de psicossomática, é possível identificar as formas normal e patológica de funcionamento da sombra em nível arquetípico: sombra e consciência se polarizam na mesma medida que o Bem e o Mal em um processo dialético. Ou seja, identificar a causa do Mal – ou fatores ruins da personalidade, desagradáveis, fonte de adoecimento – favorece o acesso ao Bem – também

compreendido como aspectos bons, conscientes, origem de cura (Santos, 2016). Sobre isso, Silveira (2023) afirma que “lançar luz sobre os recantos tem como resultado o alargamento da consciência” (p. 104).

O ato de interpretar uma doença e os sintomas a ela atrelados como forma de expressão inconsciente procede o contato com a própria sombra. Todavia, ao afirmar que “a doença envolve sombras, e as sombras são desprezadas, quase ninguém atenta para elas”, Hall (2021) permite a compreensão de que as pessoas que passam por um processo de somatização ignoram ou não atribuem o devido valor ao conteúdo da sombra, o qual coincide com o inconsciente pessoal – fonte daquilo que é expresso pelo ego e seus sintomas. Hall (2021) diz:

Por essa razão, peço aos pacientes que creiam em mim quando digo que um aparente e eventual caráter ofensivo que possam sentir ao deparar com certas interpretações dirigidas deve-se unicamente ao propósito de levá-los a uma tomada de consciência e de si mesmos (p.15)

Trata-se de um pedido para que suportem minimamente as possíveis interpretações ou *insights* que tenham a respeito de seus sintomas, por mais que a visão freudiana afirmasse que o homem é regido, em muitos momentos, pelo princípio do prazer (Freud, 1905) a Psicologia Analítica surge para dizer que assumir esse desconforto momentâneo constitui a dialética necessária à significação humana e contribuirá, posteriormente, ao autoconhecimento. Por fim, assim como o “objetivo da análise não é eliminar os sintomas, mas sim integrá-los à personalidade” (Jung, 2014, p.214), o objetivo da Psicologia Analítica não é a desconsideração da sombra, mas valorizá-la como indispensável àqueles que desejam individualizar-se e integrá-la parcial e gradativamente à consciência.

5 EGO NO PROCESSO DE SOMATIZAÇÃO

Jung (*apud* Stein, 2000) define o ego como um ato de complexidade onde todos os conteúdos conscientes dialogam e se relacionam. O ego constitui e ocupa o centro da consciência, sendo responsável por todas as ações conscientes da pessoa. Formando o centro crítico da consciência, o ego determina os conteúdos que permanecem sob o controle da consciência e quais se retiram, pouco a pouco para o inconsciente, assim pode-se perceber a importância de um ego bem

desenvolvido para a vida de qualquer sujeito em busca do processo de individuação (Stein, 2000).

Stein (2000) afirma que o ego é o centro da consciência não apenas na localização, mas na dinamicidade das ações, ele vai olhar cuidadosamente os conteúdos da psique e separá-los prioritariamente. É pela existência do ego que o sujeito tem liberdade de escolher e desafiar os instintos. O autor também afirma que:

O ego contém a nossa capacidade para dominar e manipular vastas somas de material dentro da consciência. É um poderoso ímã associativo e um agente organizacional. Uma vez que os humanos possuem tal força no centro da consciência, eles estão aptos a integrar e dirigir grandes quantidades de dados. Um ego forte é aquele que pode obter e movimentar de forma deliberada grandes somas de conteúdo consciente. Um ego fraco não pode fazer grande coisa desse gênero de trabalho e sucumbe mais facilmente a impulsos e reações emocionais. Um ego fraco é facilmente distraído e, por consequência, carece de foco e motivação consistente (Stein, 2000, p. 26).

Assim, pode-se perceber a relevância de um ego bem desenvolvido, ou “forte” como menciona o autor, pois ele é capaz de compreender os conteúdos relacionados ao pensamento e sentimento e agir de maneira consciente a partir disso. O ego administra a energia psíquica, para que seja dimensionada às atividades necessárias.

O ego, é constituído por duas bases, sendo a somática e a psíquica. A base somática envolve aspectos conscientes e inconscientes, integralmente. Já a base psíquica possui ambos os aspectos, mas permanecem de maneira dividida, dissociada (Santos, 2008). Além disso, Jung também traz como ocorre o processo de assimilação do ego, e afirma duas possibilidades de manifestação sendo a supervalorização do ego, o colocando como o mais importante e útil, e tornar o ego impotente ou diminuído (Santos, 2008).

Compreendendo esses aspectos, vale ressaltar que o ego tem raízes inconscientes, mas se a assimilação traça um caminho de supervalorização, como afirma Santos (2008), isso pode impedir meios de vazão dos aspectos inconscientes, como a sombra e o próprio self. Por esse motivo, o inconsciente busca encontrar uma forma de mostrar ao ego que existe algum conteúdo latente, que precisa ser olhado e esse meio pode ser através de um adoecimento.

Jung (1987) afirma que “é rara a doença do corpo, ainda que não seja de origem psíquica, que não tenha implicações na alma” (p. 105). Os sintomas surgem, para mostrar ao ego que existe algo emergente da psique, e a partir de seu reconhecimento ele precisa permitir o acesso a esse conteúdo. É preciso encarar o que a alma expressa para compreender de maneira significativa uma parte ainda desconhecida de si mesmo. Um dos pontos importantes da psicologia analítica, é compreender os significados dos conteúdos, entendendo que atrás de cada um que se manifesta há um sentido.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo do presente trabalho foi estabelecer um diálogo entre a psicossomática e a psicologia analítica – ou junguiana -, ao acessar as contribuições de Jung à respeito do tema por meio de uma revisão bibliográfica. O estudo buscava explorar os recursos da psicologia junguiana para o melhor entendimento da somatização em termos de funcionamento psíquico, envolvendo conceitos essenciais da teoria junguiana, como sombra, ego, self e o processo de individuação.

Posto isso, o objetivo do trabalho foi alcançado ao expor, com o auxílio de conhecimentos nas áreas de psicologia, filosofia, medicina e outras, a forma como corpo e mente estão intimamente ligados, ao ponto de estabelecerem entre si uma dinâmica mútua de causa e consequência, em que ambos se influenciam. Esse funcionamento pode ser interpretado como uma abordagem integrada e, portanto, não fragmentada do homem, uma vez que valoriza e aborda holisticamente todas as possíveis fontes de adoecimentos e as consequentes relações que estabelece com os sintomas manifestos.

O estudo permitiu concluir que a teoria analítica junguiana é uma importante aliada na interpretação de doenças somáticas. Historicamente, muito se discutia na aproximação ou distanciamento entre corpo e alma, e a psicologia analítica encontra na mente e na soma a síntese perfeita para os polos que muitos já consideraram inconciliáveis. Enxergar o ser humano como um todo integrada expande o campo de investigação da doença em questão e usar da simbologia

potencializa uma interpretação que leva em conta as significações vindas a priori devido a existência do inconsciente coletivo, conteúdo basal ao homem.

Se o sintoma é uma forma de expressão inconsciente, seria justo que ele tivesse voz, sendo que sua manifestação deve ser utilizada a favor daquele que o sente. Mais uma vez, ao se distanciar de Freud, Jung entende-se que o ser humano, complexo e cheio de camadas como é, não se limita às experiências unicamente sexuais da vida, mas é capaz de lidar com maior significação, profundidade e reflexão com os eventos que lhe surgem. A doença seria, apesar do desconforto do sintoma, a oportunidade ideal para lançar luz sobre a própria sombra.

Iluminar o próprio lado sombrio exige disposição ao autoconhecimento. Entretanto, para aqueles que ousam fazê-lo, correm o risco de se aprofundar em si mesmos e individualizar-se, tornar-se cada vez mais único, equilibrado e com o sentido da vida intrínseco à cada experiência. Uma pessoa que mergulha no processo de individuação é alguém que conhece partes da sua personalidade por muitos desprezadas. Dessa forma, o sintoma pode assumir suas polaridades e ambiguidade que fazem jus à psicologia analítica: ser causa de dor, mas também um catalizador de cura para quem entende sua carga de significação e lhe atribui o devido significado.

Por fim, cabe ainda que pesquisas de campo sejam desenvolvidas a respeito dessa temática como forma de ampliar os conhecimentos em aspectos práticos, sempre com o intuito de buscar cada vez mais recursos concretos para o processo de individuação humana, visando o alcance de uma vida plena e que utilize a própria natureza e integralidade humanas para isso.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. O. de; SILVEIRA, E. G. F. Revista Psicologia & Saberes. **A depressão como símbolo**: uma interface com a psicologia analítica. Mestrado em Educação pela Universidade Tecnológica Intercontinental – UTIC. V.9, n. 18, 2020.

DAHLKE, R. **A Doença como Símbolo**: pequena enciclopédia de psicossomática. 1ª ed. São Paulo: Pensamento, 2020

DESCARTES, R. **Meditações Metafísicas**. 8ª ed. São Paulo: Editora Unesp, 2009.

FILHO, J. M. (2002). **Concepção psicossomática**: visão atual. São Paulo: Casa do Psicólogo.

FREUD, S. **Três Ensaios sobre a Sexualidade**. Tradução de James Strachey. Viena: Casa Editorial de Viena, 1905.

HALL, J. A. **Jung e a interpretação dos sonhos**: um guia prático e abrangente para a compreensão dos estados oníricos à luz da psicologia analítica. 2ª ed. São Paulo: Editora Cultrix, 2021.

JUNG, C. G.. **Aion**: resposta à Job. 2ª ed. Petrópolis: Vozes, 2013

JUNG, C. G.. **Cartas**. Petrópolis: Vozes, 2001, vol. I.

JUNG, C. G. (Org.). **O Homem e Seus Símbolos**: Estudos da Psicologia Analítica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016. (Número de páginas)

JUNG, C. G. **O Eu e o Inconsciente**. Ed. 21. Vozes: Petrópolis, 2008.

JUNG, C. G. **Tipos psicológicos**. In Obras Completas (Vol. VI). Petrópolis: Vozes, 1991.

MORSCHHITZKY, H; SARTOR, S. **Quando a alma fala através do corpo: compreender e curar distúrbios psicossomáticos**. Petrópolis: Vozes. 2003.

RAMOS, D. G. **A psique do corpo**: a dimensão simbólica da doença 3 ed. rev. e ampl. São Paulo: Summus, 2006.

SANTOS, L. F. R; PEREIRA, M. I. F; MARTINS, C. V. **As doenças do coração e as emoções**: conversações entre a psicossomática e a psicologia analítica. Self-Revista do Instituto Junguiano de São Paulo, v. 2, 2017.

SILVA, J. D. T. da; MÜLLER, M. C.. **Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele**. Estudos de Psicologia (Campinas), v. 24, p. 247-256, 2007.

SILVEIRA, N. da. **Jung**: vida e obra. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 2023.

Sociedade Brasileira de Medicina Familiar e Comunidade. **Medicina de Família e Comunidade: o cuidado integral à saúde**. Barueri: Manole, 2016

SANTOS, A. F. dos – **A psicopatologia em Carl. G. Jung: Contribuições da psicopatologia simbólica**. Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento, Ano, 1, Vol.7, p. 77-90. Agosto de 2016. ISSN:2448-0959

SANTOS, S. R. (Org.) Elementos Estruturantes da Psique. In: **Jung**: um caminhar pela psicologia analítica. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2008. p.49-70.

STEIN, M. **Jung – O Mapa da alma**. SP: Cultrix, 2000.

SAÚDE MENTAL DE CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS: da sobrecarga emocional ao adoecimento psíquico

Aparecida das Graças Figueiredo
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
24196@unifacef.edu.br

Sofia Muniz Alves Gracioli
Doutora em Psicologia – USP
sofiagracioli@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

É sabido que o ser humano é a espécie que mais necessita de cuidados quando nasce. Ao contrário de outros filhotes de mamíferos, os bebês humanos não são capazes de se alimentar sozinhos, locomover-se por conta própria ou se proteger de qualquer perigo, dependendo inteiramente dos cuidadores para suprir suas necessidades básicas. É tão absoluta a dependência nessa fase inicial da vida – quando os bebês são particularmente vulneráveis e precisam de proteção, nutrição, regulação térmica, estímulo sensorial e interação social – que alguns especialistas defendem que os primeiros meses após o nascimento da criança correspondem a um período gestacional fora do útero, chamado de *exterogestação*.

Conforme vai se desenvolvendo e avançando da primeira para a segunda e terceira infância, depois para a adolescência, juventude, até a vida adulta, a demanda do ser humano por cuidado vai se reduzindo progressivamente – afinal, o processo de crescimento e amadurecimento implica justamente o aumento gradativo da capacidade de cuidar de si (com exceção de condições específicas que exigem o cuidado de terceiros ao longo de toda a vida). Desse modo, embora algum nível de cuidado se mantenha sempre necessário, seja em circunstâncias de doença ou quaisquer outras que requeiram a assistência de alguém, cada indivíduo vai, pouco a pouco, adquirindo maior autonomia e independência.

No entanto, essa capacidade de o indivíduo gerir a própria vida e cuidar de si mesmo tende a encontrar limitações à medida que cada pessoa envelhece e chega à terceira idade. Nessa fase da vida, é comum que as demandas

de cuidado voltem a se intensificar, uma vez que o processo de envelhecimento traz consigo desafios de ordem física, mental e socioemocional.

É de relevância o tema a ser abordado, pois a sobrecarga emocional apresentada pelos cuidadores informais de idosos, muitas vezes ignorada, pode ser fator determinante para o adoecimento psíquico. Além disso, é importante compreender como o cuidado pode afetar a saúde mental dos cuidadores a fim de fornecer suporte adequado para prevenir transtornos psicológicos.

O objetivo deste artigo é investigar a relação entre a sobrecarga emocional gerada pelo cuidado de idosos e o adoecimento psíquico dos cuidadores informais, a fim de se refletir sobre o bem-estar tanto do cuidador quanto do idoso.

A metodologia consiste em revisão bibliográfica crítica, pautada em livros, revistas e artigos científicos relacionados ao tema.

2 SAÚDE MENTAL DOS CUIDADORES INFORMAIS E A PERSPECTIVA DO IDOSO NO BRASIL

São muitos os idosos que passam a necessitar de apoio e auxílio, e é precisamente nesse contexto, muitas vezes de extrema complexidade, que se insere o cuidador informal. A assistência e o suporte familiar desempenham um papel fundamental na garantia do bem-estar dos idosos, já que, nesses casos, a família constitui o principal núcleo de cuidado, “não apenas porque é o mais desejado pela pessoa idosa que sofre algum tipo ou múltiplas dependências, mas porque diminui despesas com hospitalização” (Minayo, 2021, p. 8). No entanto, o cuidador informal frequentemente enfrenta desafios significativos, que podem afetar sua própria saúde física e emocional.

Segundo dados do IBGE, em 2030 o número de idosos representará 29,4% do total da população brasileira (Figueiredo, 2016, p. 64). Além de mais pessoas chegando à terceira idade, mais idosos estão atingindo 80 anos ou mais (Minayo, 2021, p. 9). Desse modo, devido ao aumento da expectativa de vida, estamos ficando mais longevos e atingindo estágios cada vez mais avançado de

velhice – fato que é positivo, mas que também configura um grande desafio para a nossa sociedade, já que se trata da “etapa da vida considerada mais vulnerável do ponto de vista social e da saúde” (Minayo, 2021, p. 9).

Essa vulnerabilidade advém de diversos fatores. Somadas às doenças crônicas, há as grandes síndromes geriátricas, conhecidas como os sete “is” da geriatria: incapacidade cognitiva, instabilidade postural, imobilidade, incontinência esfincteriana, incapacidade comunicativa, iatrogenia e insuficiência familiar (Marino; Moraes; Santos, 2010, p. 55-56). Tudo isso tem o potencial de vir a comprometer a funcionalidade global, “conceito abrangente que compreende a capacidade de o indivíduo gerir a própria vida e cuidar de si mesmo” (Paskulin, 2021, p. 2), fazendo com que o idoso passe a uma condição de dependência.

De acordo com o Estatuto da Pessoa Idosa, em seu artigo terceiro:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Brasil, 2022)

Entretanto, a despeito do que dispõe a lei, o que geralmente acontece é a omissão por parte do Estado e o déficit de serviços públicos endereçados à cobertura dessas tarefas, de forma que a garantia do bem-estar do idoso, sobretudo do idoso dependente, acaba por recair unicamente sobre a família. Assim, a assistência e o suporte familiar desempenham um papel fundamental, já que a família constitui o principal núcleo de cuidado, “não apenas porque é o mais desejado pela pessoa idosa que sofre algum tipo ou múltiplas dependências, mas porque diminui despesas [públicas] com hospitalização” (Minayo, 2021, p. 8).

Porém não é a família de um modo geral que se responsabiliza pelo cuidado do idoso dependente, não são quaisquer membros da família os cuidadores, mas principalmente as mulheres, as quais historicamente são as responsáveis por exercerem as funções relativas ao cuidado. Conforme documento da Oxfam Brasil, “o trabalho de cuidado não remunerado [...] é desproporcionalmente assumido por mulheres”, sendo elas responsáveis por mais de três quartos do cuidado não remunerado” (Oxfam, 2020, p. 10).

A partir do que já foi discutido, é possível perceber que a função dos cuidadores informais de idosos pode ser bastante árdua e desafiadora. O cuidado de

um idoso envolve tarefas como ajudar na higiene pessoal, administrar medicamentos, organizar a rotina de alimentação, acompanhar consultas médicas e garantir a segurança em casa. Além das tarefas práticas, o cuidado do idoso envolve também uma dimensão afetiva. Muitos se sentem sozinhos e apresentam a necessidade de serem ouvidos, o que requer disponibilidade de tempo para uma escuta ativa. Nos casos mais extremos, o papel de cuidador pode exigir noites mal dormidas ou mesmo de vigília, a fim de atender às demandas do idoso, resultando numa privação crônica de sono.

Assim, esses cuidadores muitas vezes assumem uma carga de trabalho excessiva e desgastante, lidando com diversas demandas e responsabilidades, algumas das quais exigiriam até mesmo capacitação profissional, o que acaba levando à sobrecarga emocional:

As estimativas sobre o envelhecimento demográfico veem colocar também novos desafios às famílias. Estas têm um papel fundamental na assistência e na manutenção do idoso no seu contexto habitual. É necessário repensar novas formas de apoio, de modo a que cuidar de um idoso dependente não se transforme num “fardo”, mas, pelo contrário, constitua um momento de satisfação e de prazer (Ferreira, 2013, p. 26).

2.1 A família prestadora de cuidados informais

A instituição família é considerada como unidade fundamental da sociedade e entende-se como sendo “(...) um conjunto de elementos emocionalmente ligados por traços biológicos, mas que são significativos no contexto relacional do indivíduo ou indivíduos” (Sampaio, 1985 p. 11). A família é um local de trocas intensas fundado em “necessidades naturais”.

É considerada (...) o núcleo duro, a pedra fundamental de toda a sociedade e é nela que as gerações adquirem a responsabilidade para com os seus membros. Atualmente, as famílias continuam a ter consciência do seu papel junto dos mais velhos. Como imagem, a família continua a ser uma célula da sociedade, um grande vetor das sociedades modernas (Pereira. s. d.)

No ano internacional das pessoas idosas (1999) insistiu-se muito na importância das pessoas idosas viverem cada vez mais com autonomia e integradas na sociedade e na família, sendo aproveitadas todas as suas capacidades; com

garantia de meios de subsistência, apoios e cuidados especiais em resultado de incapacidades que lhe estão associadas e, neste caso, na sua maioria, a sociedade tem respondido com o desenvolvimento de medidas de apoio aos indivíduos nas suas casas, o maior tempo possível.

Tradicionalmente, a família desempenhou uma importante função no restabelecimento e manutenção da saúde e bem-estar dos seus membros "(...) no mundo ocidental até ao fim do século passado os membros da família ou o pessoal doméstico, geralmente, cuidavam dos seus doentes nas suas próprias casas, e os hospitais eram usados para indigentes ou para pessoas com desequilíbrios mentais (Roper *et al.*, 1995, cit *In* Imaginário, 2004, p. 75).

Petit (2004), p. 101) refere que aquele que cuida "(...) não é um ator que desempenha um papel, mas sim uma espécie de camaleão que adquire uma diversidade de hábitos num único dia que se introduz no mundo do outro numa atitude de empatia e aí se adapta".

Cada cuidador vivencia o cuidar de acordo consigo próprio. Entende-se por vivência" (...) experiência subjetiva, dada imediatamente à consciência pessoal do indivíduo e sentida interiormente como do próprio – o sentir, perceber, ser afetado, pensar, desejar, querer, valorizar, etc. Não se trata de dados racional ou emocionalmente elaborados, mas do simples experimentar (sentir intimamente) ou acontece conscientemente no próprio eu (Enciclopédia Luso – Brasileira (s.d.). vol. 18, p. 1355).

A tarefa de cuidar recai tradicionalmente no elemento feminino mais próximo, embora se constate que os homens participam cada vez mais na prestação de cuidados a idosos dependentes, sendo o cônjuge o mais frequente na participação das tarefas (José *et al.*, 2002).

Ao nível das idades, de acordo com Sousa *et al.* (2004), a maioria dos cuidadores têm uma média etária que varia entre os 45 anos e os 60 anos. Embora a idade dos cuidadores informais familiares seja influenciada pela idade da pessoa que necessita de cuidados, isto é, quanto mais velho for a pessoa dependente, mais velho será o cuidador.

3 Sobrecarga emocional

A sobrecarga emocional refere-se a um estado de exaustão física e mental resultante do acúmulo de estresse ao longo do tempo. Essa condição pode afetar negativamente a saúde mental das cuidadoras informais. Segundo Minayo,

[...] cuidar sempre afeta a vida do cuidador. Em estudos que os comparam com a população em geral, são representados com pior saúde física, mais frequente uso de medicamentos, taxas elevadas de depressão e ansiedade, estresse, menor satisfação com a vida e sensação de sobrecarga. [...] Os agravos da própria saúde mental da pessoa que acompanha o idoso frequentemente aumentam à medida do tempo gasto no cuidado (Minayo, 2021, p. 9).

Além disso, os cuidadores informais com frequência enfrentam dificuldades na conciliação da sua função com outras esferas da vida, como profissão e amigos. Isso faz com que muitos deles lidem com sentimento de culpa, pois acreditam que precisam estar disponíveis a todo momento para atender as necessidades do idoso. Esse senso de obrigação e a falta de ajuda qualificada podem contribuir para um quadro de sobrecarga emocional ainda mais intenso, fazendo com que o cuidador vá abrindo mão da própria vida, até o ponto de abandonar práticas simples de autocuidado, como realizar atividades físicas ou reservar momentos de lazer e relaxamento. Essa negligência do autocuidado é um grave sinal de alerta, indicativo de um preocupante processo de adoecimento psíquico.

E tudo isso chega ao limite nas situações terminais, nas quais os cuidadores vivenciam o luto antecipatório. Para Kovács e Mattos:

[...] além das questões físicas, financeiras e emocionais, [a função de cuidador informal] inclui a imprevisibilidade, a longa duração e ambiguidade do processo de adoecimento, que pode levar ao estresse psicológico singular. Estudos longitudinais têm demonstrado que o luto antecipatório entre os cuidadores familiares de idosos [...] é um processo dinâmico que oscila entre negação, super envolvimento, raiva, culpa e aceitação (Kovács; Mattos, 2020, p. 7).

Desse modo, os cuidadores informais podem se encontrar submetidos a situações de enorme pressão emocional, que produzem quadros de profundo sofrimento e adoecimento psíquico. E não raras vezes não encontram “espaços para

desabafar suas dores e sofrimentos no meio familiar ou com os amigos” (Kovács; Mattos, 2020, p. 8). Dessa forma, em vez de receberem o suporte e a rede de apoio de que precisam, os cuidadores são isolados “e sofrem diante de um silêncio tácito em resposta à sua dor e/ou forma de expressá-la” (Kovács; Mattos, 2020, p. 8).

Alves *et al.* (2018, p.9) classifica a sobrecarga familiar “como sobrecarga física e emocional, sobrecarga do cuidado e sobrecarga financeira”. Para este mesmo autor, a resposta à sobrecarga nos cuidadores pode originar e manifestar-se de diferentes formas, sendo que a sobrecarga física e emocional se identifica pelo aparecimento de doenças relacionadas ao sistema nervoso (como gastrite e problemas gastrointestinais), evidenciando como os problemas de ordem emocional se repercutem na saúde física”. Refere-se ainda que

Emocionalmente os familiares podem encontrar-se vulneráveis pela privação do sono ou por não suportarem a convivência (...) cuidar pode tornar-se uma tarefa difícil quer seja pela falta de apoio e comprometimento dos demais membros da família quer pelas exigências ou solicitações do familiar doente (...).

Cuidar de um familiar dependente é, de fato, uma situação “complexa, que implica prestar ajuda instrumental e expressiva, exigindo tempo e esforço tanto físico como emocional” (Ferré-Grau e Sequeira, 2020, p. 313). Afinal, o cuidador necessita não só identificar as necessidades da pessoa cuidada, mas também produzir uma resposta em concordância. Esta tarefa pode ser breve e temporal ou muitas vezes prolongada no tempo até ao fim da vida da pessoa dependente, tornando o final incerto. Esta é uma rotina normalmente diária que requer grande parte dos recursos e energia de quem cuida.

Concorrem para esta sobrecarga fatores de várias ordens: pessoais englobando os aspectos cognitivos, motivacionais e comportamentais do cuidador, e/ou situacionais, externos ao mesmo e normalmente caracterizados por uma situação estressora isolada como um tipo de evento, o momento cronológico da sua ocorrência, a ambiguidade e controle da situação, bem como a possibilidade da mesma ocorrer. Quando o cuidador não consegue responder perante a crise ou o faz incorretamente pela sua limitação de adaptação, o estresse tende a sobrepor-se e a criar situações de sobrecarga (Martins *et al.*; 2003).

Frequentemente o cuidador esquece-se de si, das suas necessidades e prioriza as do seu familiar, adotando comportamentos desaconselhados perante à

sua própria saúde e sintomas, para que possa continuar a cuidar sem comprometer o seu papel mesmo que para isso possa inconscientemente entrar em sobrecarga física, psicológica, emocional e socioeconômica. Ferreira (2013, p. 34) ao abordar Sequeira (2010) também afirma que “o cuidador de pessoas com alterações cognitivas, de comportamento e de humor estão associados a níveis mais elevados de sobrecarga no cuidador”.

Na revisão da literatura (...) encontramos uma importante prevalência de distúrbios adaptativos com sentimentos persistentes de raiva, culpa, perda, etc., que geram quadros psicopatológicos diretamente relacionados com o processo de cuidar. Entre eles, os mais frequentes são: as perturbações de ansiedade, depressão com ou sem ideia suicida e diversos distúrbios mal-estar emocional persistente (Ferreira-Grau e Sequeira, 2020, p.315).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou que cuidadores informais de idosos, tende a desenvolver um processo de adoecimento considerável, decorrente da inexperiência e sobrecarga que surgem diante o ato de cuidado (Sousa *et al*, 2021). Tal situação lesiona especificamente a figura feminina, a qual tem seu processo de vida totalmente desamparado perante às adversidades que surgem (Felipe *et al.*, 2020). Cabe pontuar que a sociedade patriarcal sobrecarrega ainda mais esse público, somatizando com a ausência de políticas públicas e do apoio familiar (Oliveira e D’Elboux, 2012).

A discussão acerca dos cuidadores informais de idosos é de extrema relevância, tendo em vista que a escassez de estudos, no que se refere ao processo de adoecimento, é notória, bem como a carência de suporte ao cuidador.

Perceptivelmente, o foco vira-se totalmente ao idoso enfermo suprimindo os encargos que surgiram após assumir a responsabilidade de dedicar-se a maioria das vezes integralmente ao idoso cuidado (Sousa *et al*, 2021).

Oliveira e D’Elboux (2012), citam em seus estudos que a maioria dos cuidadores tem seu curso de vida comprometido por consequência do cuidado prestado, no qual a sobrecarga e o adoecimento surgem nesse processo, implicando tanto na vida do indivíduo, mas também na do idoso assistido.

Sendo assim, torna-se relevante um olhar atencioso para os cuidadores familiares, validando os impactos que podem surgir e o quão tal problemática é postergada no nosso país. Eles podem adquirir tanto sintomas físicos quanto psicológicos, decorrentes dos períodos excessivos de stress.

Profissionais de saúde precisam estender o olhar para a saúde do cuidador, compreendendo que este, por vezes, não possui preparo e sofre mudanças bruscas na sua vida, sendo necessário assim, atenção, suporte e cuidado, pois, ainda que os cuidadores informais sejam peças fundamentais para o desenvolvimento da assistência familiar, é dever do Estado oferecer todo o suporte requerido, tal qual a Política Nacional da Pessoa idosa prevê “Sendo a família, via de regra, a executora do cuidado ao idoso, evidencia-se a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e constante aos responsáveis por esses cuidados, tendo a atenção básica por meio da Estratégia de Saúde da Família um papel fundamental” (Brasil, 2006).

Se faz necessária ainda a realização de mais estudos que abordem de forma minuciosa o processo de adoecimento dos cuidadores, visto que, a literatura tem demandado um olhar maior para a sobrecarga, mas com escassa avaliação dos efeitos danosos desta. Assim sendo os cuidadores informais mostram que assumem responsabilidades além dos seus limites físicos e emocionais, motivo pelo qual necessitam de ser apoiados, valorizados e reconhecidos pelo trabalho que executam.

Em síntese, confere salientar que se faz urgente o debate em torno da operacionalização da atividade de cuidador informal, de modo que se possa pensar na resolução das questões contraproducentes surgidas no percurso. Promover políticas sociais destinadas a encorajar a manutenção da solidariedade familiar entre as gerações, com a participação de todos os elementos da família. Seria também necessário realçar o papel que as organizações não governamentais podem desempenhar e a contribuição que elas podem dar a todos os níveis no reforço da família enquanto célula.

Por último capacitar os cuidadores informais de idosos e outros familiares da rede informal em relação às necessidades e problemas de saúde dos dependentes com o intuito de melhorar o cuidado prestado e, conseqüentemente, a

qualidade de vida dos assistidos (por exemplo implementação de programa de apoio aos cuidadores para que possam enfrentar com mais felicidade as dificuldades surgidas no processo de cuidar; compreender as distintas alterações presentes na velhice e desenvolver procedimentos que facilitem a relação com o idoso no dia-a-dia).

REFERÊNCIAS

Brasil. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (redação dada pela Lei nº 14.423, de 2022). *Estatuto da Pessoa Idosa*. Brasília: 2022. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 25 maio 2023.

Enciclopédia Luso Brasileira de Cultura (s/d) Lisboa: Editorial Verbo, Vol 1, 6, 16, 17 e 18.

FIGUEIREDO, Adma Hamam de (Org.). Brasil: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualização/livros/liv97884.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2023.

Imaginário, C. **Idoso dependente em contexto familiar**. Coimbra: Formasau. 2004.

JOSÉ, S. J.; *et al.* (2002). **Trabalhar e cuidar de um idoso dependente**: Problemas e soluções. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.

KOVÁCS, Maria Julia; MATTOS, Emanuela Bezerra Torres. **Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares**. Psicologia USP, São Paulo, v. 3, p. 1-11, abr. 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/pusp/a/qd778Gh8P376xvkrqjb5pRm/?format=pdf>>. Acesso em: 29 maio 2023.

MARINO, Marília Campos de Abreu; MORAES, Edgar Nunes de.; SANTOS, Rodrigo Ribeiro. **Principais síndromes geriátricas**. *Revista Médica de Minas Gerais*, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 54-66, jan./mar. 2010. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/196.pdf>. Acesso em: 18 maio 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Cuidar de quem cuida de idosos dependentes**: por uma política necessária e urgente. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 7-15, jan. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/54VDDz9vWN5hhhPXXJYbhcC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 maio 2023.

Oxfam Brasil. **Tempo de cuidar**: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade. São Paulo: 2020. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/wp-content/uploads/2021/04/1579272776200120_Tempo_de_Cuidar_PT-BR_sumario_executivo.pdf>. Acesso em: 26 maio 2023.

PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi *et al.* **Funcionalidade global e fatores associados em idosos acompanhados pela Atenção Domiciliar da Atenção Básica**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 29, p. 1-13, 29 out. 2021. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rlae/a/qVYKchGbYCbMc8dKyM9QChd/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 18 maio 2023.

PEREIRA, L. S. **A velhice**: Variabilidade histórica e social da sua conceptualização. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

PETIT, C. **Cuidar neste mundo**: Uma exigência da humanidade. In – “hesbeen, Walter – cuidar neste mundo”. Loures: Lusociência. 2004.

SAMPAIO, D., *et al.* **Terapia familiar**. Porto: Edições afrontamento. 1985.

SOUSA, L.; *et al.* **Envelhecer em família**. Porto: Âmbar. 2004.

SER JOVEM EM UMA COMUNIDADE RURAL: as vivências e expectativas sobre amor, amizade e trabalho

Mariana Rocha Siqueira
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
acadmarianars@gmail.com

Daniela de Figueiredo Ribeiro
Professora Doutora em Psicologia – Uni-FACEF
danifiribeiro@yahoo.com.br

1 INTRODUÇÃO

No Brasil considera-se jovem a pessoa entre quinze e vinte e nove anos de idade (Estatuto da Juventude, 2013) e de acordo com León (2005) pode-se definir juventude por pontos de partida como a faixa etária, o período de vida, um contingente populacional, uma geração, uma categoria social. Entretanto todas essas definições estão vinculadas ao período da fase do ciclo vital entre a infância e a maturidade. Desse modo, pela perspectiva biológica, a juventude inicia com as mudanças físicas da puberdade – maturação das funções fisiológicas relacionadas à capacidade de reprodução – juntamente com as transformações intelectuais e emocionais e possui o seu término, em teoria, a partir da inserção no mundo adulto (León, 2005). Segundo León (2005), há cinco dimensões, na concepção clássica da sociologia, que classifica tal inserção: “terminar os estudos; viver do próprio trabalho; sair da casa dos pais e estabelecer-se numa moradia pela qual torna-se responsável ou co-responsável; casar; ter filhos” (León, 2005, p. 7).

Na mesma linha, Gracioli (2006) em sua tese de doutorado traz que a juventude é vista sob óticas, como preparação ao mundo adulto; agente estratégico de desenvolvimento e modernização; idade caracterizada pela descrença e pelo desinteresse; e como uma categoria exposta a riscos. Segundo a mesma autora, os jovens,

[...] sob as lentes da sociedade são vistos, erroneamente, como hedônicos, apáticos, descrentes, sem ideologia, indiferentes. Por outro lado, é comum os adultos atribuírem aos jovens problemas, desejos e expectativas que nem sempre são seus, mas criados pelo imaginário dos que já transitaram por essa fase, em outro momento histórico, diferente do atual (Gracioli, 2006, p.42).

Assim, é notório saber que a juventude é parte de uma sociedade global essencialmente nova, portada de novos princípios e objetivos, portanto, “não se trata de uma crise de valores condicionada pelos jovens, sendo a oposição entre as novas e as velhas formas de comportamentos que se colocam como um problema, cuja responsabilidade se atribui aos jovens” (Gracioli, 2006, p. 42).

Neto (2012) reconhece a classificação da juventude como fase de transição entre a infância e a vida adulta, porém acrescenta duas definições. A primeira delas em relação ao tempo de duração. Segundo o autor, a faixa etária não deve ser fixada com um início e fim, pois o que é considerado jovem varia de tempo e lugar para lugar. León (2005) também corrobora com a ideia da delimitação da faixa etária ser apenas um referente demográfico, sendo a condição e contexto social primordiais para classificação e distinção, visto que a juventude é uma construção sócio-histórica-cultural.

O Atlas das Juventudes (Barão, 2021) indica que o Brasil atualmente contém a maior geração de jovens da história, constituindo esse grupo populacional 50 milhões de pessoas, ou seja, $\frac{1}{4}$ da população. Desse modo, estão crescendo as pesquisas com a juventude, entretanto a preocupação majoritária é com a juventude urbana, tornando invisível as demandas e subjetividades da juventude ambientada no território rural (Barão, 2021; Jurado; Tobasura, 2012; Castro, 2009).

Segundo Castro et al (2009), os jovens habitantes de um território rural são enquadrados duplamente por observadores de fora e pela própria família. Em relação aos observadores externos, os pré-conceitos colocados sobre o mundo rural desvalorizam-no no espaço urbano, além de serem associados com o atraso, residentes de moradias ruins e a identificação dos jovens como peões, roceiros, caipiras. Enquanto no meio familiar e por adultos em geral são vistos como urbanos demais.

Castro et al (2009) em seu estudo traz que o jovem rural é percebido pertencente a uma categoria inferior nas relações hierárquicas com a família e com a sociedade, carregando esse peso associado a subalternidade. Tal concepção corrobora com a dificuldade de traçar planos futuros e projetos de vida nesse ambiente contextual (Castro, 2009).

O planejamento para o futuro melhor origina-se das interações entre o fortalecimento da identidade pessoal e da autoestima, juntamente com a consciência da responsabilidade pessoal à conquista de melhorias e a evidência de oportunidades ou sonhos para o futuro (Ministério da Saúde, 2010). Levando em conta o ser social que o ser humano é (Lane, 1995), regido de interações e estas consistidas em afetos (Nery, 2014), projetar um futuro no qual o jovem se relacionará com outros indivíduos semelhantes e distintos pode obter mais proveito a partir do entendimento das próprias relações afetivas já existentes. Diante dos papéis sociais exercidos pela juventude, a afetividade fornece significado e qualificações para eles além do processo de estabelecimento de vínculo resultar na aprendizagem de lógicas afetivas de conduta que servem como uma “espécie de molécula psíquica motivacional [...] da modalidade vincular afetiva e do desenvolvimento de todos os tipos de papéis” (Nery, 2014, p.28).

De acordo com o Ministério da Saúde (2007), Promoção de Saúde designa o processo de capacitação de uma comunidade e sua maior participação no controle da melhoria de qualidade de vida e saúde no território, além de ser um conceito que incorpora a importância e influência das dimensões políticas, culturais e socioeconômicas nas condições de saúde. Sendo assim, o objetivo da Promoção de Saúde é

propiciar o bem-estar físico, mental e social, e que indivíduos e grupos identifiquem aspirações, satisfaçam necessidades e modifiquem favoravelmente o meio ambiente, adquirindo hábitos e estilos de vida saudáveis (Ministério da Saúde, 2007, p. 18).

Além disso, a Promoção de Saúde contém como princípios o empoderamento, a participação social, a autonomia, a integralidade, a equidade, a intersetorialidade e a sustentabilidade (Brasil, 2021) que são marcadores construídos por contextos que determinam a produção de vida almejada pelo grupo populacional referente à juventude.

Desse modo, essa pesquisa possui como objetivo geral realizar uma investigação qualitativa com a participação da juventude de uma comunidade rural, com vistas à compreensão das relações afetivas de amor, amizade e trabalho com foco na promoção de saúde e qualidade de vida. Como objetivos específicos visa realizar o mapeamento cartográfico a fim de adentrar no território; mapear os

aspectos culturais, sociais e econômicos da juventude do território que influenciam suas formas de viver as relações afetivas e sua influência no entendimento sobre trabalho; além de utilizar novas tecnologias de qualidade de vida experimentadas junto a juventude da comunidade rural para a promoção de qualidade de vida.

O procedimento metodológico desta pesquisa qualitativa assenta-se no Método da Cartografia, utilizando da etnografia para a confecção dos diários de campo e entrevistas. Os participantes da pesquisa serão os jovens habitantes da vila rural, entre 15 e 29 anos de idade, que tiverem interesse em participar da pesquisa. Serão realizadas entrevistas em profundidade com temas gerais pré-estabelecidos como “Ser jovem é”, “Amor é”, “Amizade é” e “Trabalho é” com a finalidade da juventude ter um espaço aberto para dialogar sobre essas questões pouco exploradas cotidianamente, mas que afetam o dia a dia. Os dados serão analisados pela análise de conteúdo seguindo os procedimentos metodológicos de categorização, inferência, descrição e interpretação.

Conforme Gracioli (2006), Castro (2009), Castro et al (2009), León (2005) e Furlani e Bonfim (2010) dentre as representações presentes no imaginário popular sobre juventude, a de o “futuro da nação” é marcante por conter expectativa depositada nesses jovens. Assim, é perspicaz questionar-se se os jovens de hoje possuem condição e clareza sobre o que pretendem para o próprio futuro (Furlani; Bonfim, 2010) e caso não possuem o que pode ser feito para que consigam tal feito. O Atlas das Juventudes (Barão, 2021) traz inúmeras possibilidades para auxiliar as juventudes, porém não mostra preocupação com os sentimentos e influências das relações afetivas presentes no cotidiano dessas juventudes para o grande problema que ele traz sobre a inserção social e, conseqüentemente, trabalhista. Nessa perspectiva, Lane (1995) recorda que o ser humano é um ser social o que implica um ser de relações, que necessita do convívio com o outro. Sendo assim, é fatídica a relevância de mapear tais relações a fim de buscar saídas para o problema trazido por vários autores em relação as juventudes, principalmente a ambientada no território rural.

Ademais, a Política Nacional de Promoção da Saúde apresenta o incentivo a pesquisas com enfoque em promoção de saúde em sua V Diretriz,

juntamente com a importância de considerar metodologias participativas e o saber tradicional e popular na VI Diretriz (Ministério da Saúde, 2010).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEPÇÕES DE JUVENTUDE

As ideias acerca do seja caracterizado juventude é uma problematização da modernidade (Léon, 2005). No período da Idade Média (Rezende, 1989; Gracioli, 2006) jovens eram as pessoas não casadas e as crianças obtinham seus aprendizados em comunidade nas praças públicas e em casas de familiares. Com o advento da escola, tais crianças, em um certo período, ficavam isoladas tanto de suas famílias como do convívio da comunidade. De forma gradativa a família tornou-se um núcleo sob o domínio de pais e filhos o que desencadeou um elo emocional forte entre eles, deixando de viver e socializar com outras famílias com frequência. Desse modo “a infância e a juventude passaram a ser vistas como etapas de desenvolvimento individual, definidas por determinadas características não somente físicas, mas sobretudo emocionais e sociais” (Rezende, 1989, p. 5), surgindo a problematização da juventude contemporânea de dificuldade de inserção social (Rezende, 1989; Neto, 2012).

A partir do desenvolvimento da escola a concepção de juventude passou a ser vista como uma categoria social, visto que a instituição, isolada do mundo comum, reunia os jovens. Nessa perspectiva, a instituição escolar com o objetivo de preparar o jovem para o futuro definiu um espaço específico para essa população e conseqüentemente postergou sua aceitação no mundo social (Gracioli, 2006). Desse modo, a escolarização estabeleceu um processo de separação entre pessoas em formação e pessoas adultas, estabelecendo uma ordem hierárquica com fundamento nas relações entre as fases de vida. Por conseguinte, a concepção de juventude que se conhece hoje do ponto de vista abstrato teve seu nascimento a partir da escola (Gracioli, 2006).

Na medida que se compreende o surgimento do sentido que se usa a palavra juventude, é necessário definir o que é tal nomenclatura. Para León (2005), juventude é um conceito composto por diferentes concepções. Pode ser vista como um período preparatório para a vida adulta, como uma etapa problemática, além do jovem ser visto como ator estratégico do desenvolvimento, porém sendo primordial os enquadrados na juventude serem enxergados como sujeito de direitos.

A definição da categoria juventude pode ser articulada, também, em função de dois conceitos: o juvenil e o cotidiano. O juvenil remetendo ao processo psicossocial de construção da identidade e o cotidiano ao contexto de relações e práticas sociais, com fundamentos em fatores ecológicos, culturais e socioeconômicos. Olhar a juventude dessa maneira potencializa a visão sobre o ator, o jovem. Então, conclui-se que a variável cotidiano, a vida cotidiana, que define a vivência e experiência do período juvenil (León, 2005).

Rezende (1989) explicita a importância de pluralizar o termo juventude por haver várias identidades específicas de jovens pertencentes a classes socioeconômicas diferentes como camadas trabalhadoras, médias, altas, e dentro delas urbanas e rurais, além da experiência vivida por cada jovem contido em uma classificação ser distinta, mesmo que pertença a mesma classe que seu semelhante.

León (2005) de forma mútua constitui a necessidade de utilizar juventudes ao invés de juventude devido aos diversos contextos sociais nos quais se inserem os diferentes grupos de jovens. Essa forma de enxergar o jovem permite reconhecer a heterogeneidade do juvenil a partir das diversas realidades cotidianas nas quais se desenvolvem as distintas juventudes. Sendo possível observar a juventude como uma etapa da vida que tem suas próprias oportunidades e limitações, não somente como um período de moratória e preparação para a vida adulta e o desempenho de papéis pré-determinados (León, 2005).

Conforme já desenvolvido, o período em que se vivencia as juventudes é centralmente marcado por processos de desenvolvimento, inserção social, definição de identidades sob influências individuais, familiares, sociais, culturais e históricos determinados, além de diferenciar-se entre si conforme as desigualdades

de classe, renda familiar, região, etnia, gênero, condição de moradia – rural, urbana, central ou periférica. E por alongar-se, complexar-se e ganhar significância social, está sempre trazendo questões para a sociedade que ainda não tem respostas inteiramente formuladas e não se sabe se um dia terá.

Nesse contexto, conclui-se que para falar de juventude deve-se saber de que juventude se trata, de qual recorte social ela pertence, visto que o contexto é “fator importante na definição de estilos de vida, modos de pensar, atitudes e valores” (Rezende, 1989, p.5) na construção de uma identidade jovem. Sendo assim, esse estudo adotará o recorte da juventude em uma comunidade rural, sabendo as diversas juventudes que um único contexto é capaz de abrigar.

2.2 JUVENTUDE RURAL

Castro (2009) afirma a crescente visibilidade que o tema juventude vem adquirindo no Brasil, porém ao se dar a devida atenção compreende que o foco está na juventude que se encontra no espaço urbano, nas grandes metrópoles. O pouco conhecimento sobre a juventude rural – traz a autora – pode ser explicado por essa população ser vista como minoritária, mesmo estatisticamente não sendo um contingente pequeno, as vistas que dentro da juventude no Brasil (15 a 29 anos), de 50 milhões de jovens, 8 milhões correspondem a parcela rural (Barão, 2021; Castro, 2009).

Ser um jovem rural (Castro, 2009) abarca vivências distintas de outras juventudes ao carregar o peso de uma posição hierárquica de submissão dentro de um contexto ainda marcado por difíceis condições sociais e econômicas para a produção familiar. Castro (2009, p. 182) elucida também que

a juventude rural no Brasil é constantemente associada ao problema da “migração do campo para a cidade”. Contudo, “ficar” ou “sair” do meio rural envolve múltiplas questões, onde a categoria jovem é construída, e seus significados, disputados. A própria imagem de um jovem desinteressado pelo meio rural contribui para a invisibilidade da categoria como formadora de identidades sociais e, portanto, de demandas sociais.

Nesse aspecto, o desinteresse do jovem perante o ambiente rural devido as dificuldades de acesso à escola, desemprego, violência, exclusão e

pobreza (Jurado; Tobasura, 2012) aliada a atrativa vida urbana corrobora com a negligência das pesquisas sobre esse contexto de juventude (Castro, 2009). E mesmo quando pesquisado, a autora explicita que são associados ao problema da migração rural/urbano, de herança e sucessão da propriedade familiar. Ou seja, não são explorados a subjetividade e aspectos identitários e de autoconhecimento desse recorte populacional.

Estudar os jovens residentes nos contextos rurais implica saber que a construção de suas identidades é desenvolvida a partir da complexidade das interações sociais nos espaços familiares, nos grupos de pares, nas relações sociais, nas comunidades, além da complexidade da época que estão inseridos (Jurado; Tobasura, 2012).

Mesmo que se delimite uma parcela da juventude para estudar – nessa pesquisa, a rural –, continua-se a existência de juventudes diversas. Assim (Jurado; Tobasura, 2012), necessita-se indagar sobre quem são os habitantes jovens rurais, investigar sua subjetividade e visão de si próprio, o que implica na exploração do passado e presente, mas principalmente sobre a construção do futuro.

Apesar de delimitar o estudo sobre a juventude rural, Jurado e Tobasura (2012) alertam que esse público não deixa de interagir com a cultura tradicional, vivendo, assim, a tensões da globalização juntamente com os costumes rurais dos pais, mães e demais familiares. Desse modo, pode-se refletir sobre a possibilidade de existência de angústia na construção da identidade desse público que vive um contexto, sendo ao mesmo tempo bombardeado por outro e com almejo de um terceiro. Tudo isso atrelado aos desafios já citados.

Ademais sobre a referência à identidade da juventude rural, segundo Jurado e Tobasura (2012, p. 68), ela

se relaciona con los modos en que construye sus proyectos de vida, lo cual remite a sus posibilidades y dificultades para desplegar sus potencialidades; a las oportunidades materiales, físicas y naturales del medio rural; a la capacidad de participar políticamente en decisiones propias de la familia, de la escuela, de la vereda y del municipio; al acceso a la escolarización, la información y los nuevos sistemas de comunicación, como la Internet y el celular; a la capacidad para integrarse a las actividades agropecuarias y rurales,

como el cuidado de cultivos y animales, la comercialización de productos agropecuarios y la reforestación; a la valoración de la vida rural, sobre aspectos como el conocimiento de los saberes tradicionales agropecuarios y el interés por vivir el medio rural; al acceso a la música y a la moda, donde interesan sus gustos musicales de vestir y de hablar; a la disponibilidad de espacios juveniles propios, en escenarios deportivos, recreativos y lúdicos que propicien el encuentro; al sentido de pertenencia cultural; a la interacción con otras personas jóvenes y con otros grupos sociales.¹

Sendo assim, é vista a complexidade de apenas um recorte da juventude, no caso, a rural e a relevância de se pesquisar com essa população sobre ela mesma a fim de auxiliá-la no processo de construção de identidade, fazendo-a constituir sentido por ela mesma.

2.3 RELAÇÕES AFETIVAS

O ser humano é um ser social (Lane, 1995), um ser em relação dialógica com outro, ou seja, envolvido em uma rede social (Moreno, 2014). Para Fonseca (2008, p.80) “não há possibilidade do homem sozinho, sempre é o homem com o outro. Cada papel existente só tem plena concretização quando se vincula ao contrapapel”. Desse modo, não existe a possibilidade de falar de um ser humano de forma isolada, sem considerar suas redes relacionais, tendo em mente que ele concebe relações as quais lhe dão existência. “Para Buber e Moreno, o homem só é homem quando em relação. O homem individualidade não existe. Ou, por outro lado, ganha pela condição humana, quando se relaciona” (Fonseca, 2008, p.80).

Por ser um ser social, “é no pertencimento aos grupos sociais que se dá o processo de constituição do sujeito, sua identidade” (Malaquias, 2012, p.19). Para Moreno (2014) o surgimento do “eu” é posterior ao desempenho de papéis, ou

¹ Está relacionada com as formas como constroem os seus projetos de vida, o que se refere às suas possibilidades e dificuldades na concretização das suas potencialidades; às oportunidades materiais, físicas e naturais do ambiente rural; à capacidade de participar politicamente nas decisões da família, da escola, do bairro e do município; acesso à escolaridade, à informação e aos novos sistemas de comunicação, como a Internet e o telemóvel; a capacidade de integração em atividades agrícolas e rurais, como o cuidado das colheitas e dos animais, a comercialização de produtos agrícolas e a reflorestação; à valorização da vida rural, em aspectos como o conhecimento dos saberes agrícolas tradicionais e o interesse em viver em ambiente rural; ao acesso à música e à moda, onde seus gostos musicais, vestir e falar interessam; à disponibilização de espaços juvenis próprios, em ambientes desportivos, recreativos e lúdicos que promovam o encontro; ao sentimento de pertencimento cultural; à interação com outros jovens e com outros grupos sociais (Tradução da autora).

seja, o “eu” emerge dos papéis e não os papéis que emergem do “eu”. Segundo o autor, existem três tipos de papéis exercidos pelo ser, os papéis fisiológicos/psicossomáticos os quais são os primeiros a aparecer e expressão a dimensão fisiológica, como comer, dormir, realizar atividade sexual. De forma posterior, aparecem os papéis psicológicos/psicodramáticos que constituem a expressão da dimensão psicológica do “eu”. Por último surgem os papéis sociais que são exercidos em sociedade e expressam a dimensão social, como: ser mãe, filho, genro, enfermeiro, pedreiro. Moreno (2014) concebe esses papéis como partes intermediárias do eu total. Desse modo, o corpo, psique e sociedade são partes intermediárias que constituem o eu por inteiro, entendendo-se, assim, o motivo do autor afirmar que “o desempenho de papéis é anterior ao surgimento do ego. Os papéis não decorrem do eu mas o eu pode emergir dos papéis” (Moreno, 2014, p.210).

Ao conceber o papel que o ser humano exerce como sendo “a forma de funcionamento que o indivíduo assume no momento específico em que reage a uma situação específica, na qual outras pessoas ou objetos estão envolvidos” (Moreno, 2014, p.27), Nery (2014) afirma que seja o que for que o ser humano realize – uma pergunta, um papel – tudo está permeado pela afetividade, podendo-se, então, se ver, ser e existir sobretudo pela afetividade, sendo as marcas afetivas responsáveis pela vitalidade, sentido e cor as ações e aos vínculos.

Diante desse panorama, é inconcebível falar sobre o ser como social, de relação e executor de vários papéis sem considerar as relações afetivas emergidas através dos vínculos. Nery (2014, p.17) traz que “nossa personalidade é a resultante dos vínculos que estabelecemos, do conjunto de papéis que exercemos, dos papéis que estão contidos ou reprimidos, da nossa modalidade vincular e das nossas predisposições hereditárias”. Falar de ser humano, se juventude especificamente, é falar de relação, de afetividade e de vínculo. Autores como Gracioli (2009), León (2005) e Neto (2012) elucidam que o período da juventude como o da adolescência é uma fase conturbada principalmente por nela a personalidade estar em desenvolvimento, em construção, em atravessamentos da cultura, do contexto, do cotidiano e das relações vinculares estabelecidas (Nery, 2014).

De acordo com Nery (2014) a conduta, como agimos, está intimamente associada à afetividade, primeiro pela satisfação das necessidades e segundo pela realização de desejos e expectativas, com base no desenvolvimento e na aprendizagem dos papéis pelos vínculos. Nessa perspectiva, “a afetividade é o motor da nossa conduta, direciona-nos e nos motiva para o desempenho de um papel em contexto e momento específicos” (Nery, 2014, p. 21).

Ao se vincular, seja no contexto familiar, profissional ou de lazer, há satisfação de necessidades, realizações de desejos, reajustamento de projetos dramáticos e desenvolvimento, estando, assim, a afetividade presente em todos os atos e ações (Nery, 2014). E para Moreno (2014) o indivíduo é um ser de ação.

Para Nery (2014), um dos fundamentos da aprendizagem dos papéis e de suas características é a afetividade vivida nos vínculos. Sendo afetividade

[...] o conjunto de respostas subjetivas e definidas, expressas sob a forma de sentimentos, sensações, estados emocionais, desejos, necessidades e humores. Quando um indivíduo desempenha um papel, sua afetividade é vivida como a expressão e a consequência da busca da manutenção do equilíbrio biossociopsíquico (Nery, 2014, p.38).

Desse modo, há interinfluência entre afetividade e papéis. Os desejos estruturam os papéis ao mesmo tempo que a pessoa exprime suas expectativas, emoções e desejos por meio dos papéis. A afetividade, funcionando então, como motor do desempenho dos papéis ou da conduta humana, proporcionando, ainda, especificidade, significado, direção e sentido (Nery, 2014).

A presença de vínculos e de afetividade influenciam a forma de viver os papéis sociais e a construção da personalidade. Por outro viés, Cardella (2009, p.34) elucida que “a impossibilidade de estabelecer vínculos afetivos é fonte de grande sofrimento psíquico e de uma desesperança que se revela nas diferentes formas de adoecer características de nosso tempo”. A presença de afetividade é essencial para a existência humana e a falta dela pode gerar sofrimentos sociopsíquicos que segundo Nery (2014, p.51) “produzem distúrbios sociais, prejudicando o indivíduo, as relações e a convivência nos grupos”.

Dentre as diversas expressões afetivas existente, Nery (2014), exalta em seu livro sobre o amor. Para ela ele é o norteador das vivências afetivas por ser a base da existência do ser e por constituir uma forma de atração, ou seja, um impulso à vida. Sobre ele ainda, a autora traz ser a carga afetiva

[...] responsável pela integridade psíquica, que promove a atualização das potencialidades do ser no desempenho dos papéis [...], responsável pelo sentido de existência, pela formação da subjetividade e sintetiza todas as cargas afetivas de que a pessoa necessita para seu desenvolvimento psíquico, como atenção, respeito, aceitação, amparo, conforto, segurança afetiva, entre outras (Nery, 2014, p.38-39).

Pode-se entender, então, a busca do amor em uma relação afetiva – compreende-se aqui amor como sentimento de afeição, preocupação, cuidado e não no sentido romântico da palavra – como a busca de equilíbrio psíquico que traz sentido de existência. Conquistar o amor de alguém se torna a motivação básica do estabelecimento de vínculos e da conduta humana (Nery, 2014).

3 METODOLOGIA

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa é pertencente as Ciências Sociais e dentro dela trabalha com o “universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (Minayo, 2016, p. 20). Desse modo, esse conjunto de fenômenos humanos é compreendido como integrante da realidade social, visto que o ser humano se distingue por agir, mas também por pensar a respeito e interpretar suas ações inserido da realidade vivida e compartilhada com seus semelhantes (Minayo, 2016).

Além disso, esse trabalho também será desenvolvido segundo o Método da Cartografia. A Cartografia é uma “metodologia que engendra processos dialógicos, envolvendo pesquisadores e pesquisados na negociação de sentidos e ações que apreendam a complexidade do cotidiano” (Cavagnoli, Maheirie, 2020, p. 64).

A Cartografia é um trabalho feito a partir do compartilhamento de um território onde sujeito e objeto de pesquisa se relacionam e se codeterminam. Nesse sentido, realizar uma pesquisa cartográfica implica o cartógrafo a habitação de um território deixando-se impregnar para assim pesquisar com alguém ou algo e não sobre, aprendendo e construindo no próprio processo de pesquisa (Passos; Kastrup; Escóssia, 2010).

Para a realização da pesquisa na Cartografia são realizados relatos regulares, após as visitas e as atividades, que reúnem informações objetivas e impressões que surgem no encontro com o campo. Os relatos contêm informações precisas sobre o dia da atividade, qual foi ela, quem estava presente, quem era responsável, juntamente com uma descrição do ocorrido. Nos relatos também há impressões e informações menos nítidas, que vêm a ser precisadas e explicitadas posteriormente. O objetivo desses relatos são a busca pela captação e aquilo que se dá no plano intensivo das forças e dos afetos (Passos, Kastrup, Tedesco, 2015).

Desse modo, a presente pesquisa se deu em duas fases dentro da Cartografia, sendo a primeira referente a imersão no campo a partir da etnografia e a segunda com as entrevistas em profundidade. A partir disso, na primeira fase houve um primeiro contato com a comunidade em geral a partir da participação como ego auxiliar da pesquisa de Queiroz (2023) no segundo semestre de 2023 e posteriormente um contato mais próximo com o recorte de participantes dessa pesquisa, partir da participação como assistente no grupo formado para uma pesquisa de mestrado. Confeccionando, assim, diários de campo a partir da fase etnográfica.

A segunda fase da pesquisa é referente as entrevistas de profundidade. Nelas consistem os temas base “Ser jovem é”, “Amor é”, “Amizade é”, “Trabalho é” Essa segunda fase foi dividida em três etapas, com a primeira sendo a apresentação de cada cartão, seguindo a ordem acima, para o(a) participante seguido do convite de deixar vir a mente todos os pensamentos, ideias e sentimentos despertados. Na segunda etapa, para se aquecer e não esquecer do que surgiu, foi oferecida uma folha para anotação e por fim na terceira etapa ocorreu a entrevista propriamente dita. Sobre elas, seis já foram realizadas e espera-se que mais três se realizem, terminando, assim, o mapeamento cartográfico.

Para analisar os dados coletados, será feita uma análise de conteúdo seguindo o modelo proposto por Minayo (2016) no qual são necessários alguns procedimentos metodológicos como: 1- decompor em partes o material a ser analisado; 2- distribuir as partes em categorias; 3- descrever os resultados da categorização; 4- realizar inferências dos resultados; 5- e, por fim, interpretar os resultados obtidos a partir da fundamentação teórica adotada.

6 RESULTADOS PARCIAIS E DISCUSSÃO

Serão apresentados alguns aspectos e reflexões acerca da primeira fase da pesquisa, a etapa etnográfica.

“Hoje é a segunda vez que venho aqui, mas a primeira que realmente sinto que pisei no território. Antes de qualquer interação com os moradores, eu olho, olho e olho na tentativa de reconhecer esse ambiente de uma forma física, então me chama atenção as casas muito simples, podendo-se até dizer que algumas insalubres. Na rua perpendicular a igreja tem muitos carros na calçada e no gramado, todos para conserto, alguns sem rodas. Essa imagem me passa a sensação de inabitável, de sombrio, sem cuidado e esquecido. Em poucos minutos conheci a vila inteira que aparenta ser ignorada na sua precariedade enquanto é glamourizada pela sua paisagem digna de muito verde”.

O exposto acima diz mais sobre a pesquisadora que sobre o território, pois precisei me familiarizar no local onde iria mergulhar e aos poucos me permiti adentrar nessa experiência que é cartografar. Assim, fui compartilhando de um território onde se relacionam e se codeterminam sujeito e objeto de pesquisa (Passos; Kastrup; Escóssia, 2010) primeiro sentindo o que o território físico despertava no meu sentir.

Os quatro dias que me permitir ser afetada e afetar o território foram construídos por pilares como: para mim não; nossos jovens; e sem futuro. Iniciando pelo primeiro, como forma de conhecer o território e criar um vínculo com seus moradores, aproveitei uma rodinha de mulheres que havia perto da igreja e juntei-

me a elas na possibilidade de construção conjunta de algo para lá que descobriríamos juntas. E falas como essas apareceram:

“Ih, tenho idade pra isso mais não”.

“Já criei meus filhos, cuido dos meus netos, faço tratamento e fico muito cansada”.

“Eu não quero fazer mais nada, esses jovens aí que têm que fazer”.

A partir disso, é possível enxergar um dos resultados de Queiroz (2023) no qual nesse território a preocupação que as mais velhas trazem não ser com elas ou algo relacionado a elas, mas com outros – nosso segundo pilar.

“Com esses relatos dessas mulheres me vi no lugar exato que a outra pesquisadora parou, como se eu estivesse lendo o trabalho dela em pé, parada, apenas imaginando os resultados trazidos por ela. E quando fecho o livro, olho para frente, vejo o território, respiro fundo e piso com o pé direito no asfalto, sentindo de fato o mapear em mim”.

“Se quiser trazer coisa, tem que trazer para os mais novos”.

“Eu to preocupada com a minha filha”.

“Eles não tem o que fazer”.

“Podia arranjar alguma coisa pra esses menino fazer”.

Perguntei sobre o que seria esse fazer relatado por elas e esclareceram ser sobre trabalho/faculdade/curso, enfim, alguma ocupação. Diante do exposto, Leon (2005) e Gracioli (2006) argumentam ser uma preocupação dos pais das juventudes que estas se insiram no meio trabalhista, além de ser algo característico e ao mesmo tempo difícil de concretizar a procura e conquista de um emprego.

“Aqui no Chora não compensa não”.

O relato acima introduz o terceiro pilar – sem futuro. Como havia surgido a questão do trabalho, também presente na pesquisa de Queiroz (2023), entretanto em outro contexto, perguntei as mulheres que ali estavam as oportunidades de trabalho que havia.

“É faxina ou é roça ou é isso”.

“O povo já tem uma mentalidade que o chora não da futuro”.

“Tem que ter interesse”.

Depois chegaram alguns jovens nessa roda. Ao compreenderem o assunto deixaram suas contribuições.

“Aqui no Chora não compensa não”.

“Vem fazer alguma coisa com as crianças e não volta mais”.

“Trazer para sair pra fora daqui, já que aqui não da futuro”.

Se seu território é enxergado por seus habitantes como infértil dificilmente algo ali será plantado ou produzido. A juventude dessa comunidade não se enxerga nela e quando se enxergam não há mais esperança, visto que não compensa, não dá futuro e muito menos tem oportunidades.

“No meu primeiro contato com uma jovem da comunidade, a fim de uma interação, perguntei o que ela queria fazer, em relação a faculdade ou trabalho, e ela disse que não sabia. Então perguntei o que ela gostava de fazer, pois assim poderíamos construir e descobrir juntas algum interesse e ela também disse que não sabia. Ao

mesmo tempo que pensei que ela poderia estar com vergonha de mim, esse pensamento se foi ao ser substituído pela minha preocupação da possibilidade dela não se conhecer no mínimo. Com isso compreendi a preocupação das mulheres mais velhas em relação a juventude de lá. Essas mulheres se preocupam dos jovens não trabalharem ou não construírem uma carreira, porém sinto a dificuldade de vislumbrar ou apenas conseguir uma ocupação quando não se tem noção de algo que goste, que gere prazer e alegria”.

“Ao conversar com alguns jovens é trazido a falta de oportunidade da região, o sentimento de não ser nada caso fique ali, as responsabilidades referentes a escola, maternidade e procura de emprego. Como também a falta de procura de novos meios de vida, ansiando por algo, mas sem movimentos para que esse algo se concretize”.

“Sobre levar algo, a partir da cartografia, entende-se essa fala, pois não há muito interesse, ou não foi trabalhado para que se almeje ou seja possível tê-lo”.

“Sensação de ter tentativas de chegar lá, de tentarem fazer algo nesse território, mas que vão embora e penso que por falta de interesse da população, falta de conhecimento sobre território de quem leva alguma proposta e a saída antes de um possível vínculo ser criado para ter a possibilidade de algo dar certo”.

As falas dos moradores junto das minhas reflexões nos diários corroboram com Gracioli (2006) quando ela relata a expectativa imposta sobre a juventude como uma possível salvação ou fonte de desenvolvimento ao mesmo tempo que é vista como um período caracterizado pela descrença e desinteresse em que esses jovens são taxados de apáticos, descrentes, indiferentes.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na tese de doutorado da Gracioli (2006) ela cita o Carrasco ao dizer que os trabalhos acadêmicos são produzidos sob o olhar de preocupação dos adultos, gerando uma visão problemática acerca do mundo jovem e o próprio não sendo visto como sujeito social integrado. Com isso, realizar a pesquisa sobre juventude sendo jovem e experienciando um tipo de juventude dentre as inúmeras existentes e distinta do público-alvo da pesquisa torna-se interessante e prazeroso. Pois ao pensar que o estudo está sendo feito por alguém do nicho juventude promove a esperança de mudança de pré-julgamentos sobre essa fase transitória que abarga singularidades passíveis de romper com a própria noção de passagem, construindo uma visão de etapa concreta, completa e heterogênea para futuros estudos e classificações.

Ter realizado o mapeamento cartográfico – primeira etapa da pesquisa – possibilitou o reconhecimento do território, do cotidiano – fator fundamental ao falar sobre juventude – além de servir como um aquecimento para poder realizar a entrevista em profundidade – próxima etapa da pesquisa - que será detalhada em outro momento

REFERÊNCIAS

BARÃO, Marcus et. al. **Atlas das juventudes**: Evidências para a transformação das juventudes. Brasil, 2021. Disponível em:

<<https://atlasdasjuventudes.com.br/wpcontent/uploads/2021/11/ATLASDASJUVENTUDES-2021-COMPLETO.pdf>>. Acesso em: 05 jan. 2024.

CARDELLA, Beatriz Helena Paranhos. **Laços e nós: amor e intimidade nas relações humanas**. São Paulo: Ágora, 2009.

CASTRO, E. G. et al. **Os jovens estão indo embora? A juventude rural e a construção de um ator político**. Rio de Janeiro: Mauad X., Seropédica, EDUR, 2009. Disponível em:

<<https://repositorio.iica.int/bitstream/handle/11324/20159/CDBR17079113p.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 21 jan. 2024.

CASTRO, E. G. **Juventude rural no Brasil: processos de exclusão e a construção de um ator político**. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales: Niñez y Juventud*, v.7, n.1, 2009, p. 179-208. Disponível em: <<https://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde->

umz/20131106010832/art.ElisaGuarana.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2023.

CAVAGNOLI, Murilo; MAHEIRIE, Katia. A cartografia como estratégia metodológica à produção de dispositivos de intervenção na psicologia social. *Fractal: Revista de Psicologia*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. 64-71, abr. 2020.

Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/fractal/a/MVY9gFTNqjKjyFyG6XqBJgL/#>>. Acesso em: 10 jul. 2023.

FONSECA, José de Souza Filho. *Psicodrama da loucura: correlações entre Buber e Moreno*. 7. ed. São Paulo: Ágora, 2008.

FURLANI, D. D.; BONFIM, Z. A. C.. Juventude e afetividade e: tecendo projetos de vida pelos mapas afetivos. *Psicologia & Sociedade*, v. 22, n. 1, 2010, p. 50-59.

Disponível em: <

<https://www.scielo.br/j/psoc/a/7w4rnpagg35X9zKBGP8rsMDx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 14 jan. 2024.

GRACIOLI, M. M. **Concepção subvertida de futuro dos jovens: a trajetória pelo Ensino Médio**. 2006. 262f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista, Campus de Araraquara (SP).

JURADO, C.; TOBASURA, I.. Dilema de la juventud en territorios rurales de Colombia: ¿campo o ciudad? **Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales**, Niñez y Juventud, v. 10, n. 1, 2012, p. 63-77. Disponível em:

<<https://revistaumanizales.cinde.org.co/rllcsnj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/581/314>>. Acesso em: 18 dez. 2023.

LANE, S. T. M.. A mediação emocional na constituição do psiquismo humano. In S. T. M. Lane & B. B. Sawaia (Orgs.), *Novas veredas da Psicologia Social* São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 55-63.

Lei 12.852 de 5 de agosto de 2013. **Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas de juventude e o Sistema Nacional de Juventude - SINAJUVE**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Lei/L12852.htm. Acesso em: 18 nov. 2023.

LEÓN, O. D. Adolescência e juventude: das noções às abordagens. In Freitas, M. V. de (Org.). **Juventude e adolescência no Brasil: referências conceituais**. São Paulo: Ação educativa. (e-book), 2005. Disponível em: http://www.biblioteca-acaoeducativa.org.br/dspace/bitstream/123456789/2344/1/caderno_Juv.pdf. Acesso em: 18 nov. 2023.

MALAQUIAS, Maria Célia. Teoria dos grupos e sociatria. In: Nery, Maria da Penha; Conceição, Maria Inês Gandolfo (Orgs). **Intervenções grupais: o psicodrama e seus métodos**. São Paulo: Ágora, 2012, p. 17-36.

MINAYO, Maria Célia de Souza (Org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. 13. ed. São Paulo: Cultrix, 2014.

NERY, M. P. **Vínculo e afetividade**: Caminhos das relações humanas. 3. ed. São Paulo: Ágora, 2014.

NETO, Mário Thiago RUGGIERI. Juventude e sociedade: fundamentos sociológicos para uma análise das políticas públicas para juventude no Brasil atual. **ORG & DEMO**, v. 13, n. 2, p. 119-132, 2012.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, v. 1, 2010.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; TEDESCO, L. (2015) **Pistas do método da cartografia**: a experiência da pesquisa e o plano comum. Porto Alegre: Sulina, v. 2, 2015

QUEIROZ, Maria Fernanda dos Reis. **O trabalho como determinação social da saúde em uma comunidade rural**: uma pesquisa-intervenção cartográfica. 2023, 90 f. (Relatório Final apresentado ao Programa de Iniciação Científica). Centro Universitário Municipal de Franca, Franca, 2023.

REZENDE, C. B. Identidade. O que é ser jovem? **Revista Tempo e Presença**, n.240, CEDI, p.04-05, 1989.

**SOCIODRAMA DAS RELAÇÕES ÉTNICO RACIAIS COM UNIVERSITÁRIOS
PARA A SUPERAÇÃO DO RACISMO ESTRUTURAL E PROMOÇÃO DE
QUALIDADE DE VIDA**

Daniela de Figueiredo Ribeiro
Doutora em Psicologia – Uni-FACEF
danifiribeiro@yahoo.com.br

Maria Eduarda Silva Valentim
Graduanda em Psicologia – Uni-FACEF
mariavalentim1201@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O racismo, por ser estrutural, está presente nas relações sociais, políticas, econômicas, culturais e interpessoais (CFP, 2022). Assim, reconhecer que o racismo se faz presente nas relações que se estabelecem na Saúde Coletiva e no SUS é vislumbrar a possibilidade de desconstruí-lo, já que o antirracismo é um percurso a se fazer, não um lugar a alcançar (Gaudenzi, 2023). Desta forma, problematizar a racialização dos espaços dentro do contexto universitário, junto aos cursos da saúde, se torna uma estratégia para combater o racismo estrutural.

Junto a isso, traçar diálogos sobre questões étnico raciais dentro do contexto universitário, é também retomar questões históricas, que atravessam questões sociais, saúde, doença, educação, trabalho, acesso, privilégios e oportunidades, assim

Para enfrentar tais limitações, é preciso compreender um pouco mais o racismo, reconhecido em sua dimensão ideológica que conforma as relações de poder na sociedade, participando, portanto, das políticas públicas, uma vez que estas entre os mecanismos de redistribuição de poder e riqueza existentes (Werneck, 2016).

A ideologia de que vivemos num país em que as diferenças são aceitas e valorizadas, 'um verdadeiro exemplo para as outras nações', encobre o problema (Ferreira, 2002), fazendo com que o racismo no Brasil se torne "velado", sutil, doloroso e que contribui segundo Werneck (2016), na produção das iniquidades em saúde experimentadas por mulheres e homens negros, de todas as

regiões do país, níveis educacionais e de renda, em todas as fases de sua vida. Tais desigualdades, provocadas pelo racismo, tem sua origem no processo de escravização dos indígenas e africanos. Assim, é importante evidenciar que

[...] o Brasil foi o último país das Américas a abolir a escravidão e é o país com o maior contingente de negros fora do Continente Africano. E isso não se deve em maioria a um processo migratório por melhores condições de vida, outras questões individuais ou de grupo; mas sim a um período sangrento de escravização dos corpos negros que durou mais de 300 anos (Silva, 2021).

Dessa maneira, quando se entende que a formação da população brasileira foi constituída pelos colonizadores, indígenas e em sua maior parte de negros, compreende-se os dados atuais do IBGE do 2º trimestre de 2022 que revelam que 55,8% da população brasileira é negra. Paralelo a isso, é necessário refletir e questionar do porquê essa população não ocupa espaços de poder, muito se entende quando a autora Maria Carolina (2018) pontua que o racismo na modernidade é mascarado, na época da escravidão ele era visível e escancarado na sociedade, porém, por conta das transformações sociais ocorreu uma modificação. Entretanto, apesar de não ser tão visível como antes, o racismo ainda é presente. Assim, entender o sofrimento ocasionado pelo racismo perpassa por diversas questões.

Mais adiante, para analisar o quanto o racismo atinge todas as estruturas da sociedade é importante observar os dados em relação às questões socioeconômicas, que consequentemente afetam a vida no trabalho, educação e qualidade de vida. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), enquanto os pretos e pardos representam 55,8% da população, a proporção deste grupo entre todos os brasileiros abaixo da linha de pobreza é de 71%, ao contrário da fração de brancos que é de 27%. Dessa maneira, quando se olha os números de extrema pobreza, a discrepância quase triplica: 73% são negros e 25% brancos. A partir dessa análise quantitativa, o estudo de Valério, et al (2021), permite um olhar qualitativo, no qual aponta o sofrimento de jovens negras universitárias que acabam tendo que se esforçar três vezes a mais no cenário acadêmico, ou seja, o estudo aponta que essa necessidade não ocorre necessariamente por questões individuais de falta de capacidade, mas devido ao histórico de privações sociais, econômicas e culturais que colocou essas estudantes em posição de desvantagem

em relação a grupos mais favorecidos da sociedade.

Junto a isso, tecer reflexões acerca das relações étnico raciais é compreender e questionar os atravessamentos que ele faz dentro das estruturas sociais, tanto individual, quanto coletiva, isto é,

Podemos dizer que o racismo é uma forma sistemática de discriminação que tem a raça como fundamento, e que se manifesta por meio de práticas conscientes e inconscientes que culminam em desvantagens ou privilégios para indivíduos, depender do grupo racial ao qual pertencem (Almeida, 2018. p. 25).

Conseqüentemente, o debate sobre racismo como Almeida (2018) propõe não é apenas um ato discriminatório ou mesmo um conjunto de atos, mas um processo em que condições de subalternidade e de privilégio que se distribuem entre grupos raciais se reproduzem nos âmbitos da política, da economia, das relações intra e interpessoais e educacionais. Tendo essa perspectiva como base, em que discutir relações étnico raciais, é necessário refletir todas as camadas sociais.

Próximo a isso, trabalhar e refletir sobre o racismo dentro do contexto universitário se torna de suma importância, já que é um espaço que produz ciência e conhecimento, aberto a discussões e provocador de mudança e desenvolvimento social, e ainda se torna mais relevante dialogar com essa temática dentro dos cursos da área da saúde, já que são profissões do cuidado, bem-estar físico e mental. De forma que o Ministério da Saúde (MS) reconhece as iniquidades provocadas pelo racismo e lançou a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) para o combate às desigualdades no Sistema Único de Saúde (SUS) e na promoção da saúde da população negra de forma integral. Uma vez reconhecido pelo MS, o que as universidades que oferecem cursos da área da saúde implementam em suas grades curriculares para dialogar e refletir sobre o racismo?

Visto que, a presença de estudantes universitários negros(as) nos cursos da área da saúde é baixa, em comparação com a quantidade de universitários brancos, segundo o CRM-DF (Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, 2023)

Encontrar médicos negros trabalhando em hospitais e consultórios brasileiros ainda é algo pouco comum. Profissionais de saúde negros frequentemente enfrentam estereótipos e preconceitos no ambiente de trabalho. Desde a suspeita de competência até a falta de oportunidades de avanço na carreira, esses desafios podem criar barreiras significativas para o desenvolvimento profissional e o bem-estar emocional.

Outrossim, o Conselho Federal de Psicologia afirma que

[...] psicólogas(os) ainda não reconhecem o caráter marcante, destruidor e estruturante do racismo e desconhecem ações e documentos importantes que intencionam superar a distância da psicologia e as questões raciais. Cada vez mais se faz urgente produzir ações de enfrentamento ao racismo nas práticas psicológicas. (CFP, 2022)

Ademais, um estudo realizado por Mendes e Costa (2019) observou que na historiografia da enfermagem brasileira uma ocultação de fatos do passado levou o silenciamento de histórias de negros e negras na Enfermagem, neste mesmo estudo as autoras trazem que as pessoas negras estão nas raízes do cuidado no Brasil. Em contraste a isso, questões ressoam em saber se esse e entre vários outros tipos de informação chegam aos universitários, seja de medicina, psicologia, enfermagem ou outros cursos da saúde.

Logo, trabalhar na desconstrução e no entendimento dos impactos da branquitude se tornam imprescindíveis, entendendo que “A branquitude é um lugar de privilégios simbólicos, subjetivos, objetivo, isto é, materiais palpáveis que colaboram para construção social e reprodução do preconceito racial, discriminação racial “injusta” e racismo” (Cardoso, 2010). Assim, falar de questões étnico raciais é também compreender a branquitude e seus impactos sociais.

Portanto, compreendendo que o racismo é estrutural, e não deixa de atingir o cenário universitário e os cursos da área da saúde, o presente trabalho é uma pesquisa intervenção de natureza qualitativa, que pretende identificar e trabalhar em grupo a temática das relações étnico raciais, utilizando o sociodrama, que utiliza a experiência corporal, por meio de criações grupais, tornando-se uma potência ativa de pensamento. O objetivo geral da pesquisa é promover intervenções grupais sociodramáticas com intuito de combater o racismo estrutural com vistas à promoção da qualidade de vida e desenvolvimento social, com estudantes de uma universidade de Franca-SP, dos cursos da área da saúde - psicologia, enfermagem e medicina. A pesquisa conta com a participação de 200

jovens universitários, maiores de 18 anos, que tiverem interesse em participar, será apenas com cada semestre dos cursos da saúde, cada encontro tem a duração de 3h. A coleta será realizada por meio de diário de campo, e a análise dos dados será a partir do processo grupal segundo a proposta de Ribeiro (2004), tal como a análise de conteúdo será realizada aos moldes preconizados por Minayo (1994) e serão realizadas repetidas leituras dos diários de campo.

Assim, como objetivos específicos é esperado a) identificar e intervir nas experiências de racismo vivenciados; b) refletir sobre o impacto da branquitude na subjetividade dos universitários; e c) verificar a potência do sociodrama temático como tecnologia para a promoção de qualidade de vida. Portanto, a relevância dessa pesquisa se dá pelo fato da tentativa pela diminuição e compreensão da complexidade sobre o racismo e fazer com que seja entendido os atravessamentos inter e intrapessoais do racismo dentro das práticas do cuidado.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Relações étnico-raciais em contexto universitário

Discutir e refletir sobre relações étnico-raciais é a todo momento fazer um resgate histórico sobre a questão da escravização de negros africanos no Brasil, para ampliar o quanto o racismo tem um impacto individual e coletivo nos dias de hoje. Assim, como Lucas Veiga (2019) deixa claro que

A subjugação dos africanos à condição de escravos produziu efeitos devastadores em suas subjetividades. Para além das mortes nos porões dos navios, nas rebeliões, nos castigos perpetrados pelos colonizadores, muitos africanos em condição de escravidão atentaram contra a própria vida. A retirada forçada de sua terra, de sua comunidade, de sua língua, de seus laços afetivos e a subsequente diáspora pelo mundo na condição de escravos teve efeitos de desterro e de perda de referências tão acentuados, que a própria identidade e consciência corporal entravam num processo de desintegração.

O Brasil, foi o país que perpetuou a escravidão mais que quatrocentos anos, mesmo que

Em 1888 a escravidão foi extinta no Brasil, entretanto não houve melhorias na situação dos ex cativos. Apesar de libertos, não ocorreu nenhum

processo ou ajuda que integrasse os negros na sociedade brasileira, por conta disso a população negra teve que se submeter à trabalhos degradantes e habitar em lugares inferiores e afastados da sociedade para poder sobreviver (Silva, 2018, p.4).

Assim, os impactos da escravidão ressoam atualmente no Brasil, de modo que se estruturou conforme os anos, provocando efeitos na educação, trabalho, saúde, doença e várias questões sociais, tal qual a autora Rosa et al. (2020) revela as questões do sofrimento psíquico, isto é, o impacto na saúde mental de pessoas negras, ela deixa claro, “que o racismo produz adoecimento psíquico nós, negros e negras, sabemos, vivenciamos e experienciamos. Homens e mulheres negras cujas vivências e experiências interpessoais e sociais irão se diferenciar por meio da violência racista.” Outrossim, o Ministério da Saúde (2005), aponta que

O racismo desumaniza e desqualifica o trabalho em saúde e tem como resultado uma expectativa de vida menor para a população negra: as taxas de morte materna e infantil são maiores; a violência produz mais mortes e mortes mais precoces neste grupo[...] (MS,2005, p.186).

O conceito de racismo tem, por sua vez várias interpretações, conceitos e desdobramentos, de maneira que o senso comum une preconceito racial, discriminação racial e racismo, sendo a mesma coisa, mas que por sua vez não é, mesmo que haja relação entre esses conceitos. No livro “O que é Racismo Estrutural?” de Silvio Almeida, há um debate sobre esses três conceitos, o preconceito racial sendo aquele baseado em estereótipos em relação ao indivíduo que faz parte de um grupo racializado que pode levar a práticas discriminatórias. Logo, a discriminação racial seria a prática de tratamento diferenciado a um grupo racialmente identificado e

O racismo - que se materializa como discriminação racial - é definido pelo seu caráter sistêmico. Não se trata, portanto, de apenas um ato discriminatório ou mesmo de um conjunto de atos, mas de um processo em que condições de subalternidade e de privilégio que se distribuem entre grupos raciais se reproduzem nos âmbitos da política, da economia e das relações cotidianas (Almeida, 2019. p 27).

De acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs), o racismo está envolvido nas leis, na política e práticas da sociedade e de suas instituições que conferem vantagens aos grupos raciais tidos como superiores, não de forma consciente e direta, “mas de forma inconsciente que faz a manutenção de

privilégios e oportunidade, ao passo que “diferencialmente oprimem, desfavorecem ou negligenciam de alguma outra forma grupos raciais vistos como inferiores.” Outrossim, os DECs descrevem que racismo institucionalizado é normativo, e na maioria das vezes, legalizado e regularmente revela desvantagem inerente. Portanto é estrutural, já que foi introjetado nas instituições, em seus costumes, leis, práticas, dessa maneira como revela o descritor “não é necessário haver um perpetrador identificável”. (DeCs)

Como resultado dessa problemática socialmente estruturada, além dos impactos na saúde mental e física das pessoas negras, ainda se tem implicações no mercado de trabalho

[...] o racismo que contribuiu para a construção de uma trajetória do negro no desemprego, na informalidade e na precarização das relações de trabalho, nesse contexto de crise e reestruturação produtiva, também vem determinando a sua inserção quantitativa nessas expressões da “questão social”. (Martins, 2014, p. 117).

Dessa maneira, o que deve ficar esclarecido é que o racismo é estrutural, ele se relaciona de forma coletiva e individual, com brancos e não brancos, ele atinge vários níveis inter e intrapessoais, já que compactua com as relações de trabalho, de educação, de autoimagem, ou seja, está presente nas relações sociais. Portanto, se o racismo perpassa todas as estruturas sociais, como é olhar as relações étnico raciais no contexto universitário?

O racismo atravessa e se faz presente em todas as estruturas, e observar o contexto universitário é questionar, quantos universitários negros possui nas faculdades, quantos professores negros, quantos diretores, reitores e pessoas que exercem o poder na instituição são ou foram negras. Paralelo a isso, fazer o comparativo de quantas pessoas negras compõem os serviços de limpeza, obra, e trabalhos pesados, tal qual faz se necessário olhar para fora das portas da faculdade e se sensibilizar pela quantidade de pessoas negras nas ruas, em empregos informais, baixa renda, e que pouco concluíram o ensino médio. Assim, de acordo com Bujato (2020) entende-se que o racismo é uma característica da sociedade; deixa-se de lado a ideia de ações isoladas e passa-se a entender a hegemonização das instituições por parte de determinados grupos.

2.2 Diálogos étnico-raciais dentro dos cursos da saúde

O impacto do racismo é tão amplo que o efeito deletério dele é muito minucioso, e é possível discutir sobre racismo em cada tema, hierarquia, estrutura, filmes, série e logicamente falar de seus efeitos dentro da área da saúde. Assim, é válido entender que “A hierarquia do colonialismo com a elevação da elite dominante e a marginalização dos dominados, resvalou no sistema educacional do Brasil, com consequências graves à população negra, como vimos anteriormente” (Castro, et al, 2022).

Segundo o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal (CRM-DF), aponta alguns motivos que podem afetar a entrada de pessoas negras no curso de medicina

Discriminação no ambiente de trabalho, desafios na progressão de suas carreiras devido a desigualdades nas oportunidades, preconceitos, competência profissional questionada devido a estereótipos, agressões, entre outros problemas, são enfrentados por esses profissionais diariamente. O enfrentamento constante do racismo institucional, por exemplo, pode levar a pressões psicológicas significativas. As médicas e médicos negros podem se sentir isolados, sobrecarregados emocionalmente e sujeitos a estresse adicional no desempenho de suas funções profissionais (CRM-DF, 2023).

Em um estudo realizado que discute a prática da implantação da Política Nacional de Saúde Integral para a População Negra, teve como resultado que a “temática ainda encontra um conjunto de dificuldades de consolidação no currículo dos cursos de formação dos profissionais de saúde.” (Santana, et al. 2019). Sendo assim, como pensar em uma prática profissional dentro da saúde, sem saber a dimensão do racismo estrutural, mesmo que a maior parte da população brasileira seja constituída de pessoas pretas e pardas.

Ao ser colocado em pauta sobre a grade curricular dos cursos da saúde, deve se fazer valer as questões sobre o

[...]sistema (pós) colonial, que o autor aponta, repercute diretamente nos currículos e nas práticas docentes, tendo em vista o não reconhecimento da diversidade étnico-racial e cultural do Brasil, trazendo como consequências, a perpetuação do racismo e seus desdobramentos predominantes no cotidiano das escolas e do espaço acadêmico, gerando implicações ainda. (Castro, et al, 2022).

Em uma análise realizada sobre a grade curricular do curso de medicina, pontua sobre a importância da temática na grade, mesmo que eles tragam que existe em algumas aulas um direcionamento patológico que é mais presente na população negra eles consideram que “não há evidências explícitas sobre discussões que considere o viés racial” (Conceição et al., 2018), mas evidenciam que

A inserção da temática étnico-racial afro e afro-brasileira, nos currículos em saúde é uma forma de atender as demandas emergentes e, se constitui em uma oportunidade de ampliação dos conhecimentos sobre a diversidade cultural da sociedade brasileira, sua história, bem como sua influência na cultura local e no processo saúde-doença. (Conceição et al., 2018)

Tomando essa perspectiva como base, reflexões e questionamentos ressoam com tais dados, como a quantidade de alunos preto nos cursos da saúde, principalmente nos cursos de medicina, enfermagem e psicologia, a falta de diferenciar questões patológicas e o impacto diferente que ela pode atingir a população preta e branca brasileira.

2.3 O papel da branquitude para a superação do racismo

O racismo estrutural é um elemento que integra a organização econômica e política da sociedade. O racismo fornece o sentido, a lógica e a tecnologia para as formas de desigualdade e violência que moldam a vida social contemporânea (Almeida, 2018, p. 15). Bem como, pode-se afirmar que o racismo é uma construção social com fins políticos e, como tal, pode se fundar na discriminação com base na cor, religião, etnia, origem e ascendência (Lima, 2019, p 14-15), como também

Apesar de o racismo não depender necessariamente da presença de características físicas, uma de suas formas mais emblemáticas e duradouras de expressão é a fundada na cor da pele. Nota-se, nesse ponto, que se chega a estabelecer uma gradação de acordo com a tonalidade de pele: quanto mais escura, quanto mais distante de um ideal de branquitude, maior a intensidade da discriminação (Lima, 2019. p 15).

Apesar da intensidade e profundidade de seus efeitos deletérios, o racismo produz a naturalização das iniquidades produzidas, o que ajuda a explicar a forma como muitos o descrevem, como sutil ou invisível (Werneck, 2016). Logo, a

violência silenciosa do racismo deve ser questionada e repensada, a partir do entendimento de que o racismo é tratado como um determinante social, isto é, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria GM/MS nº 992/2009, trata o racismo como um determinante social em saúde que coloca a população negra em condições de vulnerabilidade em saúde, a mesma se refere a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN) que traz o “reconhecimento do racismo, das desigualdades étnico-raciais e do racismo institucional como determinantes sociais e condições de saúde, com vistas à promoção da equidade em saúde”

Para além da compreensão de que o racismo é um determinante social, outro fator se torna de suma importância para a discussão, é entender o que é a “branquitude”, de acordo com as autoras Almeida e Rocha (2023)

O conceito de branquitude compreende-se, portanto, como um lugar de privilégios de pessoas brancas, legado de uma estrutura colonialista escravocrata, na qual desde os primórdios hierarquizou-se as raças, sobrepondo as pessoas brancas em detrimento das negras.

Junto a isso, falar sobre a branquitude é memorar aspectos históricos e sociais, Almeida e Rocha (2023) ressalta que essa hierarquia é resultante de uma estrutura colonialista, tal qual, não deixa de ser patriarcal, machista e conservadora, partindo da ideia que desde o princípio os brancos foram postos no topo da hierarquia do poder, restando aos negros e negras a subalternidade. Próximo a isso, compreender o processo histórico criticamente, faz com que se entenda a complexidade da raiz do racismo no Brasil, que durante o processo de miscigenação - branqueamento - da população foi-se estruturando um ideal imaginário, ou seja,

Na descrição desse processo o branco pouco aparece, exceto como modelo universal de humanidade, alvo da inveja e do desejo dos outros grupos raciais não-brancos e, portanto, encarados como não tão humanos. Na verdade, quando se estuda o branqueamento constata-se que foi um processo inventado e mantido pela elite branca brasileira, embora apontado por essa mesma elite como um problema do negro brasileiro. Considerando (ou quiçá inventando) seu grupo como padrão de referência de toda uma espécie, a elite fez uma apropriação simbólica crucial que vem fortalecendo a auto-estima e o autoconceito do grupo branco em detrimento dos demais, e essa apropriação acaba legitimando sua supremacia econômica, política e social. O outro lado dessa moeda é o investimento na construção de um imaginário extremamente negativo sobre o negro, que solapa sua identidade racial, danifica sua auto-estima, culpa-o pela discriminação que sofre e, por fim, justifica as desigualdades

raciais. (Bento, Maria. 2002, p. 02)

Portanto, para que haja a discussão sobre a branquitude e compreendê-la como uma produção social, sendo uma estrutura que se nutre das próprias problemáticas e mantém privilégios, isto é,

Discutir branquitude é discutir questões econômicas, políticas, sociais e uma hegemonia que toda vez que é discutida desperta medo, porque, justamente, fala de todo o aparato da nossa sociedade construído a partir da expropriação de quase quatro séculos, com a escravidão, e depois de um outro jeito. (Bento, 2020, p. 23)

Nesse ínterim, deve-se levar em conta os dados do Observatório de Educação Ensino Médio Gestão, que esclarece que o conjunto de preconceitos direcionados à população negra encontra-se enraizado no inconsciente e na subjetividade de indivíduos e instituições, se expressando em ações e atitudes discriminatórias regulares, mensuráveis e observáveis. Mas também entender que,

É possível afirmar que a culpa desse problema não é do povo negro, mas sim do racismo naturalizado que existe no meio social, que trata desde da época da colonização a superioridade branca, e isso se reflete até hoje na sociedade. O negro é visto como menos desenvolvido, enquanto ao branco é atribuído uma maior inteligência, beleza e desenvolvimento. (Silva, 2017, p. 7)

A partir disso, é possível visualizar o quanto o racismo é estrutural e estruturante, já que ele se revela de outras formas na atual conjuntura, mas que é fruto da história do Brasil. Dessa maneira, pensar em modificar uma estrutura, e em desenvolvimento social as noções de reparação e futuro revelam-se imprescindíveis, numa perspectiva que considera o modo como ações do passado moldam o presente e o futuro, entendendo o racismo como uma flecha que, por seu caráter atemporal, atravessa o espaço/tempo ocidental sendo reencenado de diferentes maneiras (Meirelles, Flávia. et al. 2022, p.05).

3 METODOLOGIA

Este trabalho se caracteriza como uma pesquisa-intervenção de natureza qualitativa. Segundo Minayo (1994) a pesquisa qualitativa é descrita pela

tentativa de entender e compreender os significados nas ações e comportamentos dos sujeitos que participam do estudo respondendo a questões muito particulares. Ao passo que a pesquisa-intervenção se caracteriza por uma intervenção psicossociológica em nível de transformação institucional (Rocha, 2006, p.170), alinha-se com a proposição da pesquisa e a necessidade emergente de ações contra o racismo estrutural.

Tal como, Nery (2006) deixa claro que a utilização do sociodrama possui a complexidade embutida nas intrincadas redes de relacionamentos afetivos e libera o seu potencial espontâneo e co-criador facilitador da superação de crises. Sendo assim, esse método de pesquisa se relaciona de forma direta e próxima ao objeto.

3.2 Participantes

A pesquisa-intervenção conta com a participação de 200 jovens universitários, maiores de 18 anos, que tiverem interesse em participar da pesquisa. O convite será estendido aos universitários dos cursos da saúde, sendo eles medicina, enfermagem e psicologia.

3.3 Coleta de Dados

A coleta de dados será realizada em 3 fases. A **fase 1** consistiu em estabelecer o contato com os coordenadores dos cursos de medicina, enfermagem e psicologia, para realizar a intervenção com aqueles interessados em dialogar sobre o tema, racismo. Os critérios de seleção foram: estudantes maiores de 18 anos, com interesse e serem dos cursos de saúde mencionados acima.

A **fase 2** se deu a partir do aceite dos chefes de departamento e dos estudantes. Os encontros foram realizados em uma sala previamente reservada, em uma instituição de ensino, da cidade de Franca-SP. Os encontros foram realizados, separadamente, com cada semestre, ou seja, os cursos de psicologia, medicina e enfermagem não se misturaram para realizar a intervenção, apenas foram

integrados semestres do mesmo curso, quando a quantidade de estudantes era pequena.

A **fase 3** consistiu na intervenção propriamente dita, com os estudantes. A pesquisa-intervenção contou com a colaboração de 1 estudante do 4º ano do curso e do 5º de Psicologia, de uma instituição universitária da cidade de Franca-SP. A pesquisadora/bolsista e as graduandas realizaram intervenções com cada semestre dos cursos da saúde, sendo um encontro para cada turma com duração de 3h durante o primeiro semestre de 2024. A partir das intervenções serão verificados os efeitos de multiplicação individual e coletiva por meio de observação participante e pela solicitação de um processamento individual de cada estudante de como foi vivenciar o sociodrama acerca do tema relações étnico raciais.

Os grupos foram realizados a partir do método sociodramático, de modo que cada sessão foi dividida em 4 etapas: aquecimento inespecífico, onde se estabelece uma interação e sentimento inicial de grupo entre os integrantes, sem um direcionamento específico, em seguida é realizado o aquecimento específico, que é a segunda parte do processo de aquecimento, que é realizado a partir do direcionamento de um tema específico, neste caso o tema é racismo, e prepara para a dramatização. Logo, é realizado o desenvolvimento, os participantes assumem papéis e se juntam por um objetivo em comum dentro da cena. Podem se utilizar as técnicas de solilóquio, duplo, espelho, inversão de papéis, multiplicação dramática e por fim o compartilhar, cada pessoa do grupo compartilha seus sentimentos diante de tudo aquilo que acabou de viver fazendo a ligação com a vida pessoal.

O tema dos encontros foi o mesmo para todos os semestres dos cursos da saúde. As sessões foram escritas em diário de campo, abrangendo percepções e sentimentos em relação ao desenvolvimento do grupo e de seus participantes. Durante a pesquisa, as estudantes de psicologia coordenadoras dos grupos foram supervisionadas pela orientadora deste estudo.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os diários de campo das sessões serão analisados a partir da análise do processo grupal segundo a proposta de Ribeiro (2004), tal como a análise de conteúdo será realizada aos moldes preconizados por Minayo (1994). Assim, serão realizadas repetidas leituras dos diários de campo, com o foco primário de entender o processo inicial, o desenvolvimento e o processo final dos grupos, sendo feita essa compreensão processual para se chegar à conclusão do processo do grupo.

4 RESULTADOS PARCIAIS

Até o momento foram feitas intervenções sociodramáticas em 3 salas da Psicologia e 3 salas do curso de Enfermagem. No entanto, até o presente momento, os dados ainda não foram analisados e transcritos. Será descrito abaixo como foi realizada a primeira intervenção, para exemplificar o que ocorreu, o encontro foi feito no 1º ano de Psicologia.

Descrição do 1º encontro.

Ao início do encontro foi apresentado a diretora e os egos auxiliares (a unidade funcional) que iria conduzir a sessão para os alunos do primeiro ano de psicologia.

O aquecimento inespecífico foi um convite às pessoas se levantarem, fecharem os olhos, e pensar nas questões: O Brasil se faz presente nessa sala? Qual é o recorte racial que tem aqui?

Posteriormente, o aquecimento específico consistiu em escutar 4 músicas: Mulher do fim do mundo - Elza Soares; Ismalia - Emicida; A carne - Elza Soares e Cota não é esmola - Bia Ferreira. E os estudantes foram convidados a andar pela sala, em várias direções, lento, devagar, para o corpo se aquecer. Bem como pensarem sobre as letras das músicas e os sentimentos que vinham a partir delas. Foi perceptível ver as pessoas se mobilizando, emocionando com as letras. Em seguida, foi pedido que elas “congelassem” no lugar e falasse uma palavra do que estavam sentindo. Surgiu palavras como: injustiça, desigualdade, luta, triste, raiva, solidão.

Logo, seguimos para a Sociometria racial, onde havia algumas perguntas, sendo elas: Quem se autodeclara branco, preto, pardo, amarelo, indígena?

Quem na escola teve professores pretos? Quem na faculdade teve professores pretos? Quem estudou com pessoas pretas? Quem estudou com menos de 5 pessoas ou com mais? Quem já foi atendido por enfermeiros pretos? Quem já teve médicos pretos e psicólogos? Onde as pessoas deveriam se direcionar, para o lado esquerdo (sim), direito(não) ou ao centro (talvez ou não reparou) ou para outro lugar na sala do qual a diretora direcionava. Nesse momento era para que as pessoas tivessem noção do atravessamento racial, sem falar, apenas com a observação da locomoção do grupo para as perguntas.

Em seguida, fomos para a leitura de três manchetes sobre casos de racismo, sendo uma da área de enfermagem, outra da medicina e uma da psicologia, foi feita a leitura em voz alta e os estudantes, deveriam se agrupar conforme "qual manchete tocou mais", a maioria da sala se sensibilizou com o caso de racismo com uma paciente atendida por uma psicóloga branca. 1 pessoa ficou no caso da medicina e ninguém no da enfermagem.

Dessa forma, sugerimos juntar todos o grupo em uma manchete só, e no momento todos foram caminhar na sala e escutar novamente a manchete, na tentativa de aproximar, sensibilizar ou quiçá sentir-se como aquela mulher preta que foi ser atendida e teve a suas dores questionada.

Conforme o caminhar, as egos auxiliares foram ajudando a conduzir para que o grupo se aquecesse, de maneira que eles falaram "quando você vai procurar alguém para te atender, qual é a expectativa que você cria", juntamos a manchete do estudante e começamos a usar ofensas racistas "que cabelo feio", "aqui não é lugar para você", "você fede, seu preto", fomos utilizando as falas para que o grupo como um todo, se aproximasse de uma realidade não experienciada pela maioria. Durante essa etapa, a pessoa "A" começou a chorar, um choro com a barriga, forte e intenso. Algumas pessoas pararam, outras continuaram andando. Eu, como diretora, fui até a pessoa A, um dos egos foi junto a mim para escutá-la,

ao passo que “A” tentava engolir o choro, falávamos que ali era um espaço que ela podia chorar e poderia contar o que vinha com esse choro intenso.

Assim, foi solicitado para que o grupo todo se sentasse, para escutá-la, e todos ficaram em rodas juntos para esse momento. “A” relatou uma experiência sua relacionada ao racismo que sofreu em seu período escolar, onde seu grupo de amigos falava de uma pessoa e de seu cabelo, “zoavam” “A” também participava dessa “brincadeira”, mas descobriu que a pessoa que eles falavam era “A” dela mesma, e isso a magoou muito, “A” falou “eram meus amigos”. Em sua fala foi notório ver o quanto isso a machucou muito e sua dor, seu choro foi recebido pelo grupo. Após “A” falar da sua vivência, fizemos o convite dela ir ao “palco” e ser a paciente e ter uma psicóloga que acolhesse sua dor. Um dos egos foi a psicóloga, que falava: “esse espaço é seu, aqui não colocamos nada embaixo dos panos, a sua dor é válida, aqui eu vou te escutar, pode chorar, tá tudo bem não estar bem” e depois foi aberto para uma multiplicação dramática, onde os estudantes poderiam ocupar qualquer um dos papéis, mas todos foram ocupar o papel da psicóloga e tiveram falas de acolhimento ou apenas silêncio, choro e abraço. Ao passo em que a cena acontecia, o grupo também estava imerso nas emoções emergentes, todos doando a sua presença. A cena se encerra com “A” recebendo o abraço e sendo acolhida pelo grupo.

Depois, entregamos para eles o processamento que possui perguntas sobre o momento vivido, para reflexão e para a análise da pesquisa. Após todos entregarem os processamentos, formamos uma roda para que pudéssemos entrar na última etapa o compartilhar, onde cada um falava uma palavra pelo menos, de como estava saindo da intervenção, alguns falaram apenas uma palavra e outros trouxeram reflexões de como estavam saindo, a importância de falar sobre isso no curso, o quão isso foi impactante, os atravessamentos do tema nas famílias.

Foram mais de 30 falas, dessa forma abaixo estão descritas algumas falas do compartilhamento:

B: “Me trouxe um sentimento de vergonha. Que eu possa realmente vigiar meus pensamentos. Eu agradeço demais a vivência, foi um confronto. Eu peço perdão, porque é algo que você só percebe vivenciado mesmo.”

C: “Eu indico o livro o Pacto da Branquitude, para as pessoas que vão fazer organizacional, na verdade qualquer pessoa ler, fala dos pactos de hierarquia e traz situações de racismoAqui na faculdade, como tem que pagar, muitas veio de escola particular, vê pessoas pretas servindo elas e não tem noção do preconceito”

D: “Eu pude sentir a dor, isso é muito triste, revoltante. Queria agradecer por esse momento”

E: “ Eu tenho uma mãe preta,e eu fui ensinada sobre o racismo muito cedo, porque a gente ia ao parque, e tinha gente que pedia o documento para comprovar que ela era minha mãe mesmo...Sua dor é válida, cada dor é uma dor, mesmo que as coisas sejam parecidas, são dores, diferentes,s e quiser conversar tô aqui!..”

F: “Dor que é dor, dói”

G: “As vezes o sofrimento é tanto que a gente chega até duvidar se o amor existe Importância de entender a dor do outro”

A metodologia utilizada para falar sobre a temática pareceu favorecer a emergência de se discutir sobre Relações Étnico Raciais e mobilizando as pessoas a refletirem de outro lugar e com mais profundidade sobre o tema. O que pode se perceber brevemente com os processamentos do primeiro ano de psicologia, foi que as pessoas não sentiam que o racismo estava tão presente ainda hoje, a importância de se falar sobre o tema dentro dos cursos da saúde. Os relatos evidenciam a ausência da discussão do tema, tanto no ensino fundamental e médio, como no ensino superior.

Ainda sim, os estudantes trouxeram pontuações positivas e a eficácia da utilização da metodologia para trabalhar esse tema, e que só assim é possível se aproximar da dor e buscar a mudança de comportamento. Como também, várias pessoas trouxeram que ficaram incomodadas, com dor, tristeza, impotência, por não discutir esse tema, mas que a vivência trouxe um despertar para a situação.

5 Considerações finais

Tendo como base o referencial teórico utilizado até o momento na pesquisa, considera-se que dialogar sobre questões étnico raciais dentro do contexto universitário é de extrema importância, visto que há pouca representatividade de pessoas negras dentro deste cenário, bem como dentro do recorte da pesquisa a quantidade diminui mais ainda nos cursos da área de saúde, e além disso pouco se discute sobre racismo, “a falta das temáticas relacionadas à população negra nas graduações e conseqüentemente nas pós-graduações, provavelmente refletem nas pesquisas em saúde e enfermagem” (Silva, 2022. p.32). De modo que trabalhar sobre essa temática com futuros profissionais que provavelmente vão atender a população negra nos ambientes de saúde, devem estar sensibilizados com o tema e entender que o racismo atravessa as relações sociais, de trabalho, econômica, oportunidade, educação, saúde e qualidade de vida. Tendo em vista que

travar uma luta antirracista na sociedade brasileira é ainda destravar polêmicas e quebrar tabus, uma vez que a nossa sociedade não assume ser racista, mas pratica atos que discriminam em função da cor da pele. Entretanto, os debates sobre a questão racial e suas reflexões, mesmo que incipientes, implicam resultados positivos, uma vez que há movimentos significativos em prol de uma educação decolonial antirracista. (Castro, et al. 2022)

A utilização do sociodrama como instrumento interventivo, mostrou a possibilidade e potencialização da co-criação e um aprendizado afetivo, além de despertar e fazer com que as pessoas ativem seu ser criador, espontâneo e livre dentro de um espaço de acolhimento, a afirmativa de que “a aprendizagem vivencial é coconstrutiva: todos participam ativamente e criativamente do processo educacional” (Nery; Gisler, 2019), faz com que seja um facilitador para trabalhar um assunto tão complexo, que é o racismo.

Portanto, semear um espaço que possibilita refletir sobre as questões étnico raciais dentro da universidade, contribui na luta antirracista e pode promover a formação de profissionais mais sensíveis, atentos, desconstruídos e integrados com a política da saúde integral da população negra. Dessa maneira, a relevância dessa pesquisa se dá pelo fato da tentativa pela diminuição e compreensão da complexidade sobre o racismo e fazer com que seja entendido os atravessamentos

inter e intrapessoais do racismo dentro das práticas do cuidado e dar visibilidade para um assunto que permeia a nossa sociedade a séculos.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvio Luiz de. O que é racismo estrutural? Belo Horizonte (MG): Letramento, 2018

ALMEIDA, Geovanna Moraes. ROCHA, Flávia Rodrigues. **Rupturas nos paradigmas da branquitude: a atuação de pessoas brancas na luta antirracista no século XXI. Rio Branco** – Acre, v. 6, n.1, p., jan-abr. 2023. Disponível em: <file:///C:/Users/vitor/Downloads/6505-Texto%20do%20artigo-22684-2-10-20240119.pdf>. Acesso em: 13 de fev de 2024.

BENTO, Maria Aparecida Silva. **Branqueamento e branquitude no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

BENTO, Maria Aparecida Silva. Branqueamento e branquitude no Brasil. **Psicologia social do racismo: estudos sobre branquitude e branqueamento no Brasil. Petrópolis: Vozes**, p. 25-58, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma Política do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Seminário Saúde da População Negra**. Instituto de Saúde. São Paulo, 2005.

BUJATO, Isabela Ariane. SOUZA, Eloisio Moulin. **O contexto universitário enquanto mundo do trabalho segundo docentes negros**: diferentes expressões de racismo e como elas acontecem. REAd. Porto Alegre. Vol. 26. N.o 1 – Janeiro / Abril 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/read/a/MrpQgCWPyQrvqXFpdWhrfSv/?lang=pt>. Acesso em 10 de dezembro de 2023.

CARNEIRO, Sueli. **Epistemicídio**. Portal Geledés. 2014. Disponível em: <https://www.geledes.org.br/epistemicidio/>. Acesso em: 16 de maio de 2023.

CASTRO, Batel Pereira. FOSTER, Eugénia da Luz Silva. CUSTÓDIO, Elivaldo Serrão. **Reflexões sobre o racismo e antirracismo no ensino superior sob a perspectiva decolonial**. Poiésis. V.16 n. 30 (2022). Disponível em: Acesso em: 16 de fev de 2024.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA - DF. **Desafios da falta de representatividade negra na medicina.** 2023. Disponível em: <https://crmdf.org.br/noticias/desafios-da-falta-de-representatividade-negra-na-medicina/#:~:text=Um%20levantamento%20de%20Demografia%20M%C3%A9dica,%20C1%25%20se%20declararam%20brancos..> Acesso em 16 de fev de 2024.

CONCEIÇÃO, Maria Cristina da; RISCADO, Jorge Luís de Souza; VILELA, Rosana Quintella Brandão. **Relações étnico-raciais na perspectiva da saúde da população negra no curso de medicina: análise curricular.** Revista Brasileira de Ensino Superior, Passo Fundo, v. 4, n. 3, p. 34-56, set. 2018. ISSN 2447-3944. Disponível em: <https://seer.atitus.edu.br/index.php/REBES/article/view/2606/2379>. Acesso em: 16 fev. 2024.

DAMASCENO, M. G.; ZANELLO, V. M. L.. **Saúde Mental e Racismo Contra Negros:** Produção Bibliográfica Brasileira dos Últimos Quinze Anos. Psicologia: Ciência e Profissão, v. 38, n. 3, p. 450–464, jul. 2018. Descritores em Ciências da Saúde: DeCS. 2023. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2023. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org/> >. Acesso em 12 de jan 2024.

DIANGELO, Robin. BENTO, Cida. Amparo, Thiago. **Branquitude: racismo e antirracismo.** Ibirapianga. Disponível em: https://www.ibirapitanga.org.br/wp-content/uploads/2021/08/Ibi_Caderno-branquitude-racismo-e-antirracismo_%C6%92.pdf. Acesso em: 10 de fev de 2024.

DIEESE divulga mapa sobre a população negra e o mercado de trabalho. SINDSAÚDE/GO. 2022. Disponível em: <https://www.sindsaude.com.br/dieese-divulga-mapa-sobre-a-populacao-negra-e-o-mercado-de-trabalho/#:~:text=J%C3%A1%20o%20infogr%C3%A1fico%20A%20inser%C3%A7%C3%A3o,55%20C8%25%20dos%20brasileiros>. Acesso em: 07 de jun de 2023.

FERREIRA, R. F.. **O brasileiro, o racismo silencioso e a emancipação do afro-descendente.** Psicologia & Sociedade, v. 14, n. 1, p. 69–86, jan. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/JHpfdP3bp6dd8Y4wrw8XbHN/#>. Acesso em: 16 de fev de 2024.

GAUDENZI, P.; CASTRO, A. M. DE .; CHAGAS, A.. **Reconhecer o racismo para construir um cuidado efetivamente integral, equânime e universal.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 28, n. 9, p. 2466–2466, set. 2023. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (Org.), **“Racismo é coisa da minha cabeça ou da sua?”** Brasília, DF: CFP. 2022. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2022/11/Linha-do-tempo-para-site_cdh_cfp_2022.pdf. Acesso em: 15 de fev de 2024.

INSTITUTO UNIBANCO. **Desigualdade racial na educação brasileira:** um Guia completo para entender e combater essa realidade.

LIMA, Emanuel Fonseca et al.. **Ensaio sobre racismos:** pensamento de fronteira. São José do Rio Preto, SP: Balão Editorial, 2019.

MALAQUIAS, Maria Célia.; NONOYA, Denise.; CESARINO, Antonio Carlos M.; NERY, Maria da Penha . **Psicodrama e relações raciais**. Revista Brasileira de Psicodrama, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 91–100, 2020. Disponível em: <https://www.revbraspsicodrama.org.br/rbp/article/view/279>. Acesso em: 28 jun. 2023.

MARTINS, Tereza Cristina Santos. **Determinações do Racismo no Mercado de Trabalho**: implicações na “questão social” brasileira. Temporalis, ISSN-e 2238-1856, Vol. 14, Nº. 28, 2014. Disponível em: <file:///C:/Users/vitor/Downloads/Dialnet-DeterminacoesDoRacismoNoMercadoDeTrabalho-5010758.pdf>. Acesso em: 10 de jun. 2023.

MENDES, V. S. COSTA, C. S. (2019). **Branquitude e branquidade na enfermagem brasileira: racismo sistêmico e perverso a serviço de privilégios às mulheres brancas**. In Anais do VI Congresso Nacional de Educação (pp. 24-26). Disponível em: https://www.editorarealize.com.br/editora/anais/conedu/2019/TRABALHO_EV127_MD1_SA6_ID941_21092019221517.pdf. Acesso em: 16 de jan de 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza.(Org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes,1994.

NERY, Maria da Penha; GANDOLFO CONCEIÇÃO, Maria Inês. **Política racial afirmativa e afetividade na interação intergrupala**. Interação em Psicologia, Curitiba, dez. 2006. ISSN 1981-8076. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/7695/5487>>. Acesso em: 05 de jun. 2023.

NERY, M.P; COSTA, L.F; CONCEIÇÃO, M.I.G. **O sociodrama como método de pesquisa qualitativa**. Paidéia. v. 16, n. 35, p. 305-313. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2006000300002>. Acesso em: 05 de jun. 2023.

NERY, Maria da Penha; GISLER, Júlia Villela Teixeira. **Sociodrama: método ativo na pesquisa, no ensino e na intervenção educacional**. Rev. bras. psicodrama, São Paulo , v. 27, n. 1, p. 11-19, jun. 2019 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932019000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 16 fev. 2024. <http://dx.doi.org/10.15329/0104-5393.20190002>.

RIBEIRO, D. F. Os bastidores da relação família e escola. 2004. 266 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.2004.

RIBEIRO, Daniela F. **A decolonialidade na pesquisa e prática psicodramáticas**: pela superação de epistemicídios históricos. Revista Brasileira de Psicodrama, v. 31, p. e0323, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psicodrama/a/W5KmxZvgKcDCwm5QfrjZHMS/#ModalHowcite> . Acesso em: 12 de jun de 2023.

RIBEIRO, S. D. **Cida Bento diz o que se cala: resenha do livro “o pacto da branquitude”**. Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN), [S. l.], v. 14, n. Ed. Especi, p. 301–305, 2022. Disponível em: <https://abpnrevista.org.br/site/article/view/1454>. Acesso em: 28 jun. 2023.

ROCHA, M. L. da. **Psicologia e as práticas institucionais: A pesquisa-intervenção em movimento**. Psico, [S. l.], v. 37, n. 2, 2006. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/revistapsico/article/view/1431>. Acesso em: 23 abr. 2024.

SANTANA, Rebecca Alethéia Ribeiro et al. **A equidade racial e a educação das relações étnico-raciais nos cursos de Saúde**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2019, v. 23. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2019.v23/e170039/#>. Acesso em: 16 de fev de 2024.

SILVA, Millena Carolina. **O impacto do racismo na saúde mental das vítimas**. 2018. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1229.pdf>. Acesso em: 06 de jun de 2023.

SILVA, J. D. N. **Escrevivências de uma Psicologia Preta. 2021**. Disponível em: http://ole.uff.br/wp-content/uploads/sites/101/2022/07/2021_d_Juliana_do_Nascimento_Silva.pdf. Acesso em: 16 de fev de 2024.

SILVA, Geovana de Almeida da. **A saúde da população negra nos cursos de graduação em enfermagem: caminhos para equidade e integralidade da atenção**. 2022. Disponível em: <https://app.uff.br/riuff/bitstream/handle/1/26474/GEOVANA%20DE%20ALMEIDA%20DA%20SILVA.pdf?sequence=1>. Acesso em: 16 de fev de 2023.

VALÉRIO, A. C. DE O. et al.. **Racismo e participação social na universidade: experiências de estudantes negras em cursos de saúde**. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 29, p. e3007, 2021.

VEIGA, Lucas Motta. **Descolonizando a psicologia: notas para uma Psicologia Preta. Fractal: Revista de Psicologia**, v. 31, n. spe, p. 244–248, dez. 2019.

WERNECK, J.. **Racismo institucional e saúde da população negra**. Saúde e Sociedade, v. 25, n. 3, p. 535–549, jul. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bJdS7R46GV7PB3wV54qW7vm/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 15 de maio. 2023.

ÍNDICE**A**

Aparecida das Graças Figueiredo, 98

C

Carolina Gonçalves de Oliveira
Escavassini, 69

D

Daniela de Figueiredo Ribeiro, 109, 129

H

Helena Lamberti Trancho, 8

I

Irma Helena Ferreira Benate Bomfim, 8,
69

L

Lívia Leandro de Oliveira, 81

M

Maria Cherubina de Lima Alves, 46, 81
Maria Clara Maniglia, 21
Maria Eduarda Silva Valentim, 129
Mariana Rocha Siqueira, 109
Miguel Dos Santos Carvalho, 30

S

Sofia Alves Muniz Gracioli, 30
Sofia Muniz Alves Gracioli, 21, 98
Stella Follis Camargo, 46
Stephany Matias de Oliveira Crisostono,
81

ISBN VOLUME



ISBN COLEÇÃO



unifacef.com.br

Av. Dr. Ismael Alonso y Alonso, 2400
0800 940 4688 / (16) 3713-4688

